



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE  
PORTALEGRE**



**Escola Superior de Educação e Ciências Sociais**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

**ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA SOCIAL**

**A PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM  
IDOSOS ATRAVÉS DA HISTÓRIA DE VIDA E DA  
FOTOELICITAÇÃO – Um projeto de Intervenção**

Projeto de Intervenção

**MARGARIDA ISABEL TORCATO HILÁRIO**

**Orientador:** Professor Doutor António Geraldo Manso Calha

**PORTALEGRE**

**2017**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**Escola Superior de Educação e Ciências Sociais**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

**ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA SOCIAL**

**A PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM  
IDOSOS ATRAVÉS DA HISTÓRIA DE VIDA E DA  
FOTOELICITAÇÃO – Um projeto de Intervenção**

Projeto de Intervenção para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia  
com Especialização em Gerontologia Social

**MARGARIDA ISABEL TORCATO HILÁRIO**

**Orientador:** Professor Doutor António Geraldo Manso Calha

**PORTALEGRE**

**2017**

## **PROVA ACADÉMICA DE MESTRADO**

Realizada a 4 de abril de 2018, às 15h00, no Salão Nobre da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.

## **CONSTITUIÇÃO DO JÚRI**

**Presidente:** Professor Doutor Abílio José Maroto Amiguinho

**Arguente:** Professor Doutor Michel Gustave Joseph Binet

**Orientador:** Professor Doutor António Geraldo Manso Calha

“Tenha sempre em mente que a pele se enruga,  
O cabelo embranquece, os dias convertem-se em  
anos...

Mas o que é importante não muda;  
A tua força e convicção não têm idade.  
O teu espírito é como qualquer teia de aranha.  
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.  
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.  
Enquanto estiveres vivo, sintas-se vivo.  
Se tiveres saudades do que fazias,  
Volte a fazê-lo.  
Não vivas de fotografias amareladas...  
Continua, quando todos esperam que desistas.  
Não deixes que enferruje o ferro que existe em si.  
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.  
Quando não conseguires correr através dos anos,  
marche.  
Quando não conseguires marchar, caminha.  
Quando não conseguires caminhar, utilize uma  
bengala.  
Mas nunca, nunca te detenhas!”

***Madre Teresa de Calcutá***

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste Projeto de Intervenção não poderia ser possível sem o apoio e incentivo de várias pessoas, a quem, desde já, agradeço o seu contributo para o término desta etapa na minha vida.

Primeiramente, quero agradecer ao professor António Calha por toda a orientação, incentivo, apoio, disponibilidade e transmissão de conhecimentos, pois foi imprescindível na concretização deste projeto.

Aos meus pais, por me terem dado a oportunidade de evoluir no meu percurso académico, por caminharem sempre a meu lado, por todo o carinho e apoio. Ao meu irmão, pela compreensão e incentivo.

Ao presidente Francisco Monteiro e à diretora técnica Elismar Guedelha, do Centro de Bem Estar Social do Reguengo (Portalegre), pela oportunidade de desenvolver a parte prática do projeto, bem como conhecer a instituição e seus utentes e por todo o apoio.

A todos os idosos pela participação no projeto, bem como a todas as auxiliares do Centro de Bem Estar Social do Reguengo, por todo o apoio e colaboração.

À minha prima Maria Augusta, que, mesmo distante, esteve sempre perto para me apoiar, demonstrando-se sempre disponível, dando a sua força e incentivo em todos os meus percursos.

Ao meu namorado, por todo o apoio, contributo e incentivo. Obrigada por persistires e por me acompanhares na realização dos meus objetivos.

A todos os meus amigos e colegas, por todo o companheirismo, amizade, apoio, contributo e incentivo.

A todos aqueles, e não menos importantes, que, apesar de não estarem fisicamente presentes neste mundo, sei que contei com o seu apoio e incentivo.

A todos, um BEM HAJA!

## **RESUMO**

Este projeto de intervenção reflete sobre temas como a Qualidade de Vida e Histórias de Vida de Idosos. Atualmente, o envelhecimento é um fenómeno que marca cada vez mais a sociedade. O serviço social gerontológico encarrega-se de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e de como conseguir que essas pessoas assumam uma ação organizada, tanto preventiva como transformadora. As histórias de vida são constituídas por memórias significativas, que demarcam o percurso de vida do idoso, em que refletidas e partilhadas, não só enriquecem a vida diária do idoso como também contribuem para uma melhor intervenção por parte do profissional, neste caso, do técnico superior de serviço social.

Procurou-se neste trabalho validar empiricamente metodologias inovadoras no trabalho com idosos, nomeadamente, a fotoelicitação no intuito de analisar a perceção que um grupo de idosos utentes de um Centro de Dia tem das alterações ocorridas na sua qualidade de vida. Deste modo, foram utilizados a fotografia, como estímulo dos participantes envolvidos no estudo, e o discurso que eles produziram sobre as imagens visualizadas. Dos dados obtidos, procuraram-se identificar aspetos da qualidade de vida tidos por relevantes pelos idosos, por forma a sustentar uma intervenção posterior do técnico superior de serviço social, de acordo com as necessidades e expetativas do idoso.

**Palavras-chave:** Fotoelicitação; narrativa; qualidade de vida; idosos; serviço social.

## **ABSTRACT**

This intervention project reflects about issues such as Quality of Life and the Life Histories of Elderly People. Nowadays, ageing is a phenomenon that decisively shapes society. Gerontological social service is entrusted with knowing the causes and effects of social problems, individual and collective, of elderly people and also being able that these persons assume an organized action, not only preventive but also transformative. Their life histories are made of significative memories, which demarcate an elderly life's path, and when they are reflected and shared, they will enrich not only this elderly's daily life, but will also contribute for a better professional intervention, in this case of the social service graduate staff.

We sought in this academic work to empirically validate innovative methodological approaches in working with elderly people, especially photo-elicitation; with the objective of analyzing the perceptions that a group of elderly people, residing in a Day Care Centre, have of the changes that happened in their quality of life. Thus, photography was used as a stimulus for the participants in this study and the narratives they produced about the images they visualized. Of the data obtained, we tried to identify aspects the elderly thought relevant in their quality of life, in such a manner that a sustainable future intervention, by the social service graduate staff, is done according to the needs and expectations of the elderly.

**Key-words:** Photo-elicitation; narrative; quality of life; elderly people; social service.

## **ABREVIATURAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

AAVD – Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida



## **ÍNDICE**

|   |            |
|---|------------|
| <b>AGRADECIMENTOS .....</b>   | <b>IV</b>  |
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>V</b>   |
| <b>ABSTRACT .....</b>   | <b>VI</b>  |
| <b>ABREVIATURAS .....</b>   | <b>VII</b> |
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>10</b>  |
| <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>                                 | <b>13</b>  |
| 1. O ENVELHECIMENTO .....   | 14         |
| 2. O ENVELHECIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA.....                              | 16         |
| 3. O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS .....                       | 23         |
| 3.1. AS ALTERAÇÕES IDENTITÁRIAS NO PROCESSO DE<br>INSTITUCIONALIZAÇÃO ..... | 25         |
| 4. O SERVIÇO SOCIAL E O ENVELHECIMENTO .....                                | 29         |
| 4.1. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NUMA SOCIEDADE ENVELHECIDA                   | 29         |
| 4.2. O SERVIÇO SOCIAL NAS INSTITUIÇÕES DE APOIO A IDOSOS.....               | 34         |
| 4.3. AS METODOLOGIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM<br>IDOSOS            | 39         |
| 5. A UTILIZAÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA NO TRABALHO COM IDOSOS .....            | 46         |
| 5.1. TÉCNICAS DE REMINISCÊNCIA .....  | 48         |
| <b>PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>                               | <b>53</b>  |
| 1. OBJETIVO E ETAPAS DO PROJETO .....                                       | 54         |
| 2. METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO .....   | 56         |
| 3. DEFINIÇÃO E PLANEAMENTO DE ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO .....               | 68         |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>73</b>  |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>86</b>  |

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Objetivos do Serviço Social Gerontológico.....  | 33 |
| Figura 2 - Síntese do processo metodológico da intervenção do Serviço Social Gerontológico (Carvalho, 2013:185)..... | 35 |
| Figura 3 - Processo de Gestão de Caso em Serviço Social (Santos, 2012: 137) .....                                    | 44 |

## **ÍNDICE DE TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Funções do assistente social em instituições de cariz residencial (Santiago, 2003; citado de Carvalho, 2013:191). ..... | 38 |
| Tabela 2 - Atitudes a ter em conta no trabalho de Reminiscência (SCHWEITZER, P. & BRUCE, E., 2008) .....                           | 49 |
| Tabela 3 - Fotografias relativas a cada domínio da qualidade de vida, utilizadas nas sessões. ....                                 | 60 |

## **INTRODUÇÃO**

O presente Projeto de Intervenção, inserido no 2º ano de Mestrado em Gerontologia Social, corresponde a um elemento de avaliação para a obtenção do grau de mestre e, conseqüentemente, de uma conclusão deste ciclo de estudos. É um trabalho que articula conhecimentos e competências adquiridos ao longo do curso, visando o desenvolvimento de formas e processos de intervenção que possibilitem um avanço no domínio das instituições e práticas profissionais da área de especialidade. Ao longo do trabalho, procura-se colocar em evidência a relevância da atividade desenvolvida e proceder a uma análise crítica dos resultados obtidos.

Atualmente, vive-se numa sociedade em que estão cada vez mais presentes pessoas envelhecidas. O envelhecimento ocorre num ritmo e numa velocidade específicos, variando de pessoa para pessoa (Trentini, 2004).

A Direção Geral de Saúde (2004) refere que o envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida. O envelhecimento não se trata de um problema, mas sim de um processo do ciclo vital, que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível. Deste modo, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma ativa.

A OMS (1995) define qualidade de vida como “a perceção que o indivíduo tem face à sua condição de vida no seu contexto cultural, no sistema de valores que comportam os seus objetivos, expetativas, padrões, preocupações...”. Portanto, a qualidade de vida está ligada às dimensões física, psicológica, social e ao meio ambiente.

Para o idoso, a possibilidade de manter a sua autonomia e de poder realizar sozinho as suas atividades de vida diária são a perceção que este tem sobre a sua qualidade de vida. Mas, infelizmente, nos dias de hoje, a incapacidade para realizar essas atividades está mais elevada. Devido a este facto, por vezes, torna-se necessário recorrer à institucionalização, pois é a única forma de proporcionar apoio, garantindo-se bem-estar e contribuindo-se para uma boa qualidade de vida. O recurso a este tipo de resposta possibilita ao idoso alcançar o suporte que a família não consegue garantir, pois este muitas vezes apresenta-se dependente e/ou na presença de uma doença crónica, em estado de viuvez ou perda do companheiro de uma vida, acrescido da falta de atividade, o que

leva a quadros de solidão, isolamento e de fragilidade da sua própria personalidade. Portanto, a institucionalização é, por um lado, um recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência e, por outro lado, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional (Cardão, 2009: 11).

O papel do Serviço Social numa sociedade envelhecida é de extrema importância. Enquanto profissão e disciplina científica da área das ciências sociais, dá importantes contribuições para a intervenção com pessoas idosas. O Serviço Social tem como objetivo “intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo a aumentar o seu bem-estar social”, tendo em conta os valores e direitos humanos e o respeito pelas diferenças (Carvalho, 2012: 24).

O técnico superior de serviço social, na sua intervenção profissional, deve conhecer a realidade social das pessoas idosas e intervir direta e indiretamente, tendo em vista o bem-estar destes grupos, não esquecendo que a relação de ajuda centra-se no discurso, no diálogo e na narrativa, tendo sempre em conta a história de vida do idoso.

A metodologia a utilizar integra pressupostos teóricos que sustentam a visão da realidade e também, das linhas de ação a seguir, os métodos e as técnicas, através dos quais se implementam as ações (Pena, 2012). A seleção do método do Serviço Social depende do contexto da situação, relacionando-se com visões, interesses e necessidades ideológicas e sociais. Segundo Beckett (2010), o diagnóstico determina o serviço que irá ser providenciado, ou seja, o tipo de diagnóstico que é feito é determinado pelo tipo de serviço que se pensa que é mais necessário.

Este projeto de intervenção centra-se em 2 temas bastante relevantes: a promoção de qualidade de vida e a valorização da história de vida das pessoas idosas. De acordo com a perspetiva de Minayo (2010: 154) “a história de vida pode ser a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais às contingências cotidianas”.

O projeto de intervenção foi estruturado em dois momentos. No primeiro, foi elaborada uma atividade dirigida a idosos utilizando a fotoelicitação com o intuito de promover a expressão e a partilha das suas experiências de vida; a validação empírica da atividade criada através da sua implementação; e a análise dos resultados obtidos através

da análise das narrativas dos idosos sobre as diferentes dimensões da qualidade de vida. No segundo momento, desenvolveu-se uma proposta de intervenção com base nos resultados obtidos na atividade desenvolvida.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. O ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento é um fenómeno que marca cada vez mais a nossa sociedade atualmente. Este corresponde à última fase do ciclo de vida, não estando associado a doença ou incapacidade pois como refere Fontaine (2000:19), “...envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial...impossível de datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo”.

Segundo Quaresma (1992), a noção de envelhecimento é baseada num conjunto de ideias, imagens e sentimentos que experimentamos, face aos idosos com quem contactamos, ou seja, uma visão estática embebida de preconceitos resultantes das nossas vivências, e, ainda, do próprio estatuto que o idoso tem na sociedade. Portanto, de acordo com a perspetiva, o que caracteriza o envelhecimento é a própria construção social.

Cabete (2004:9), citando a Organização Mundial da Saúde (OMS), refere que a “...maioria das pessoas idosas continuam a ser autónomas até idades bastante avançadas, não necessitando de ajuda para realizar as atividades de vida diária, comunicando sem dificuldades importantes com os seus semelhantes e participando na vida social e económica dos seus países”.

A velhice é cada vez mais uma realidade e é preciso deste modo, implementar serviços que tenham presente o respeito pelos idosos, o princípio da dignidade, da autonomia, do desenvolvimento pessoal, da participação na política e noutras atividades de cariz social. De acordo com Berger & Mailloux-Poirier (1995:99), “a velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo”. Por outro lado, Oliveira (2008:20) citando de Richard & Richard & Mateev-Dirkx (2004), evidencia que “...velhice propriamente dita, não se limita à idade cronológica, mas também à idade biológica (estado do organismo ou da saúde) à idade mental (capacidades cognitivo-afetivas), podendo ainda falar-se em idade funcional (capacidade de adaptação física e psíquica ao ambiente através dos meios disponíveis) ”.

Durante esta etapa, ocorrem transformações não só físicas mas também psicológicas e sociais no indivíduo. Para Zimerman (2000), estas alterações são naturais e gradativas, sendo transformações gerais, podendo verificar-se em idades mais precoces ou mais



avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, do modo de vida de cada um. Portanto, o envelhecimento é um processo complexo, que se manifesta de diversas formas mas que, simultaneamente, pode ser vivenciado de formas muito distintas.

Como Oliveira (2008: 19) referencia, a evolução psicológica sofre três tipos de influência: as influências ontogenéticas normativas, que estão ligadas à idade; as influências normativas, que estão ligadas à história; e as influências dos acontecimentos significativos da vida, de natureza não normativa.

É importante referir que a dimensão biológica é um determinante, mas não esgota o conjunto de transformações associadas ao processo de envelhecimento, pois é importante ter em consideração as outras dimensões: a psicológica e a social. Para Oliveira (2008: 29) existe uma “...crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; diminuição da autoestima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares bem como a mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planejar o futuro; atitudes infantis e/ou infantilizadas, como processo de mendigar carinhos; diminuição da libido e do exercício da sexualidade; tendência à depressão, à hipocondria ou somatização e mesmo tentações de suicídio; surgimento de novos medos; diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória; problemas a nível cognitivo, congénito e motivacional, afetivo e personológico”.

Quanto à dimensão social, para Osório & Pinto (2007), uma das alterações sociais que ocorre no processo de envelhecimento é a reforma imposta em idade determinada e inflexível, o que faz com que o idoso se sinta desvalorizado socialmente por perda de um determinado estatuto profissional e social que lhe era reconhecido.

Como refere Calha (2014), apesar dos apelos da Organização Mundial de Saúde no que diz respeito à “adoção de políticas que promovam o envelhecimento ativo como forma de fomentar a qualidade de vida da população idosa [...] é reconhecida a existência de um conjunto de vulnerabilidades que atingem a condição sénior e que obstaculizam o envelhecimento ativo” (p. 30). Dentre elas, destaca-se o estado de saúde e o isolamento social nos quais se encontram muitos desses idosos. Assim, torna-se fundamental encontrar um caminho para um envelhecimento com êxito, em que se proporcione a cada indivíduo os recursos necessários que lhe permitam concretizar a sua expressão pessoal de envelhecimento.

## **2. O ENVELHECIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA**

O conceito de qualidade de vida tem sido utilizado no contexto de linguagem comum e no contexto de pesquisas científicas em diversas áreas do saber.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001) a definição de qualidade de vida compreende a percepção subjetiva dos indivíduos, relativamente ao seu estado de saúde e sobre os aspetos do seu contexto de vida, assim como, as variáveis físicas, psicológicas, emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais, que se podem alterar ao longo do tempo. A OMS (1995) define qualidade de vida como “a percepção que o indivíduo tem face à sua condição de vida no seu contexto cultural, no sistema de valores que comportam os seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações...”.

Segundo Berger *et al.* (2002), o conceito de qualidade de vida traduz-se numa expressão que se vem tornando comum no quotidiano, mas que se reveste de grande complexidade, dada a subjetividade que representa para cada indivíduo ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, possuir residência própria e com condições de habitabilidade, ganhar um salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança.

Para Neri (2005), a qualidade de vida está relacionada com a adaptação dos indivíduos e grupos, pertencentes a uma ou várias sociedades, em diferentes fases da vida. Hortelão (2004) refere que a qualidade de vida dos idosos está relacionada à conjugação entre a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo.

A qualidade de vida pode ser tão diferente quanto diferentes forem os momentos da velhice, não estando só associado a esta os fatores relativos à história de vida, à integração social, mas também a fatores de ordem biológica e que são imprescindíveis para o funcionamento do indivíduo (Silva, 2010).

Segundo Trentini (2004) o envelhecimento é algo que ocorre num ritmo e numa velocidade, variando de pessoa para pessoa, tendo início em diferentes épocas para as diversas partes e funções de cada organismo. Nas várias formas de envelhecer, incluem-se idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos com incapacidades, limitados pela doença ou pelo contexto em que vivem (Silva, 2010).

Por outro lado, Carvalho (2013) refere que a qualidade de vida está relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, sendo avaliada por critérios apropriados.

Estes referem-se às circunstâncias físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que o indivíduo se encontra.

Carvalho (2013) refere que a qualidade de vida pode significar muitas coisas. Pode significar o modo como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano, como pode também envolver a saúde, a educação, o transporte, a habitação, o trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e que determinam como vive o mundo. Compreende, desse modo, situações extremamente variadas, como anos de escolaridade, atendimento digno em casos de doenças e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a determinados locais, alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos eletrodomésticos”.

A qualidade de vida é de extrema importância para qualquer ser humano, inclusivamente para a população idosa. Está relacionada com o próprio envelhecimento que o idoso experiencia e vive, principalmente em questões de dependência e autonomia. Segundo Paúl & Ribeiro (2012) existem fatores que condicionam a QV no envelhecimento, como a saúde e a capacidade funcional, quando são realizadas atividades de vida diária; as relações interpessoais, que fazem com que o idoso se sinta acompanhado e estimado pelos que o rodeiam; a independência, que define a capacidade com que o idoso consegue realizar as suas tarefas diárias e atividades; a convicção de que ele é útil, quer por ser visto como alguém com sabedoria devido à sua experiência de vida, quer por ser útil à sociedade em termos de contribuições económicas. Cordeiro *et. al* (2014: 548) refere que “a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados”. Logo, a inexistência de atividade física, por exemplo, pode provocar o contrário, ou seja, a antecipação e o agravamento de aspetos provenientes do processo de envelhecimento e, sobretudo, prejudicar a qualidade de vida do idoso. Portanto, é de extrema importância a implementação de atividades/ projetos que promovam um envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida.

Um estudo qualitativo permitiu identificar as perceções e representações sociais que os idosos apresentavam sobre os significados de “ser uma pessoa idosa” e as representações sobre a “qualidade de vida”. Sobre o significado “ser uma pessoa idosa”, apresentaram as seguintes frases: “pessoa com incapacidade funcional”; “com bastante idade mas com bastante saúde para trabalhar”; “com muita experiência de vida”; “que já viveu muitos anos e cumpriu os seus objetivos de vida”. Relativamente às representações sociais sobre a expressão “qualidade de vida”, espelharam-se diferentes dimensões: saúde

física, independência física, autonomia, saúde psicológica, social, económica, família, religiosidade e transcendência, meio ambiente e cidadania (Magnabosco-Martins, Camargo, & Biasus, 2009).

Para o idoso, a possibilidade de manter a sua autonomia e de poder realizar sozinho as suas atividades de vida diária é a percepção que este tem sobre a sua qualidade de vida. Mas, infelizmente, nos dias de hoje, a incapacidade para realizar essas atividades está mais elevada. A OMS (1998) definiu três sub-dimensões: Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), as que estão diretamente relacionadas com a sobrevivência; Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), as que englobam atividades mais complexas relacionadas com funções sociais básicas; Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), que são atividades sociais voluntárias ocupacionais e recreativas.

Segundo Borges & Moreira (2009), as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) são aquelas que se relacionam com os cuidados pessoais como lavar-se, vestir-se, locomover-se, alimentar-se. As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são atividades de adaptação ao meio, que incluem atividades domésticas (preparar refeições, lida da casa, tratamento de roupas, ir às compras) e atividades não domésticas (telefonar, tomar a sua medicação, utilizar transportes).

Uma das maiores queixas das pessoas idosas é a memória, mais propriamente a memória declarativa e que pode ser definida como a “habilidade de armazenar e recordar ou reconhecer acontecimentos e até mesmo o que o que é dito verbalmente”. A dificuldade em armazenar informação e de “resgatar” essa informação prejudica muitas vezes a vida ocupacional, social e familiar da pessoa idosa, levando muitas vezes a perda de autoestima, autoabandono e situações de isolamento. A existência de manutenção e preservação da capacidade de desempenhar atividades básicas de vida diária irá prolongar a independência, o que é fundamental detetar quais as necessidades de auxílio para realizar essas atividades (Cordeiro *et. al.*, 2014). Portanto, pode-se afirmar que, perante as alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, a realização de atividade física é uma das formas de retardar declínios funcionais, cognitivos e de diminuir o aparecimento de doenças crónicas.

Segundo Amorim & Coelho (1999), este conceito de qualidade de vida é mais abrangente do que o de saúde. Todos os autores que se debruçaram na definição do termo são consensuais em admitir a multidisciplinaridade para o fim, tal que a qualidade de vida depende de vários domínios, sendo eles saúde, trabalho, família, qualidade de habitação, vizinhança e economia, englobando não só os aspetos da vida relacionados com a doença

e o tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais.

### ***A dimensão física da qualidade de vida***

Pimentel (2006) refere que a percepção de qualidade de vida física passa pela qualidade de saúde e autonomia, capacidades residentes para a realização das atividades diárias (AVD).

Segundo Andrade (2014), os aspetos físicos do envelhecimento são um conjunto de mudanças estruturais e funcionais que o organismo experimenta ao longo do tempo. Logo, pode-se afirmar que a diminuição da capacidade física pode afetar também a capacidade psicológica e até aspetos da vida social da pessoa idosa, ou seja, a sua qualidade de vida. Relativamente aos aspetos psicológicos, o idoso passa muitas vezes por situações de luto, perda de papéis sociais ou até mesmo mudanças, o que gera problemas de depressão, ansiedade e baixa autoestima. Quanto ao nível social, o isolamento caracteriza muitas vezes o idoso, mesmo quando este vive acompanhado de familiares ou outros, e o sentimento de solidão que prevalece na sua vida e o impossibilita de relacionar-se socialmente.

Farinha (2014) refere que nos últimos anos têm sido realizados estudos sobre a avaliação da qualidade de vida de adultos com idade avançada, centrando-se na condição de saúde e funcionalidade. Existe uma complexidade de problemas de saúde, sendo necessário distinguir entre função física e capacidade de autocuidado, uma vez que esta exige capacidade mental para realizar tarefas complexas, como por exemplo, ir às compras.

Num estudo realizado por Langlois *et.al* (2013) sobre o modo como o exercício físico pode ajudar a melhorar a cognição e a qualidade de vida de idosos mais frágeis e menos frágeis, tendo como metodologia a aplicação de um conjunto de exercícios (3 vezes por semana, durante 12 semanas) a 83 participantes com idades compreendidas entre 61 e 89 anos. Os exercícios foram realizados em grupos de três a cinco participantes para assegurar uma supervisão adequada e cada sessão incluiu 10 min de exercícios de alongamento e equilíbrio, 10-30 min de exercício aeróbio (usando passadeiras, bicicletas reclinadas e elíptico) e 10 min de treinamento de força, seguido por 10 min de arrefecimento. Após a execução deste treino, os investigadores concluíram que estes participantes tiveram uma melhoria significativa na sua capacidade física, no seu desempenho cognitivo e na sua qualidade de vida, destacando o facto de haver pouca

probabilidade de um programa de exercícios de 3 meses ser suficiente para reverter a situação de fragilidade em que muitos idosos se encontram.

### ***A dimensão psicológica da qualidade de vida***

A dimensão psicológica focaliza-se no funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e a perceção global de saúde. Com o avançar da idade a inteligência, a linguagem, as funções de execução, a velocidade, a coordenação e o raciocínio sofrem declínios que são refletidos no comportamento do idoso. A memória a curto prazo também é exemplo, pois tem efeitos marcantes nas atividades de vida diária (Sousa, 2013).

Berger & Mailloux-Poireier (1995) referem que existem estudos que mostram uma relação direta entre a presença de doenças e o declínio das capacidades cognitivas, pois existe um ligeiro declínio nas aptidões psicomotoras, especialmente as que estão relacionadas com a coordenação, com a agilidade mental e com os sentidos (audição e visão), levando o idoso a ter um desempenho menos satisfatório.

Para Kirkwood (2000), uma das opiniões mais generalizadas que existe acerca do envelhecimento cognitivo é a de que a diminuição das funções cerebrais que se verifica com o passar dos anos se deve à perda de neurónios, perda esta que é irreversível, pois os neurónios não se dividem nem são substituídos. A redução da velocidade de processamento dos neurónios, que se verifica com o aumento da idade, constitui outro dos fatores a ter em consideração, pois esta pode ter muitas consequências sobre a memória, ou seja, o rendimento cognitivo. Garcia (2000) sugere que se devem contemplar fatores como a perceção, a atenção e a motivação, caso contrário podem-se obter avaliações confusas e/ou contraditórias. O envelhecimento é acompanhado por défices que irão afetar a capacidade de execução da pessoa idosa, quer no tempo requerido para processar um estímulo, quer ao nível da capacidade de se manter atenta aquando da realização de uma tarefa ou atividade.

Silva (2011) refere que as sucessivas crises pelas quais o idoso passa (lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida), que esgotam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação, geram problemas como a depressão, a ansiedade e a baixa de autoestima.

### ***A dimensão social da qualidade de vida***

Segundo Paúl (2017), o domínio social refere-se a 3 medidas: a integração social (contacto com os outros), o apoio recebido (quantidade de ajuda que é fornecida por elementos da rede) e o apoio percebido. O papel das redes sociais no processo de envelhecimento é de extrema importância, devido ao facto de evitar muitas vezes situações de stress. Neste domínio social, estão inseridos as redes familiares e de amigos, em que ambas produzem diferentes efeitos na qualidade de vida dos idosos, tendo um efeito mais positivo as redes de suporte de amigos e vizinhos. O mesmo autor ainda refere que o casamento é uma ligação afetiva que pode favorecer o processo de envelhecimento; a relação avós e netos (relações intergeracionais) – as crianças aprendem a olhar os velhos através dos olhares dos seus pais, dos seus professores, dos seus pares e aprendem eles próprios a envelhecer com base nessas imagens que os rodeiam. Paúl (2017:282) refere, no seu estudo, que a maioria dos avós sente alegria e felicidade com o seu papel, o que conduz a uma melhor satisfação e bem-estar para os idosos que sofrem vários tipos de perdas, como por exemplo, a morte de pares.

De acordo com Cancela (2007), compete à sociedade criar um ambiente mais adequado a quem envelhece, promover programas de assistência domiciliária e criar programas de assistência profissional.

Corrêa (2000) refere que o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso possui determinadas características e experiências que implicam uma determinada atuação por parte da sociedade.

### ***A dimensão ambiental da qualidade de vida***

Em relação às condições ambientais, segundo Farinha (2014), estas estão totalmente relacionadas com a qualidade de vida na velhice, pois se estas forem adequadas possibilitarão aos idosos terem comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos e, posteriormente, ter uma melhor qualidade de vida.

Neri (2003) defende que o conceito de qualidade de vida na velhice está diretamente associado com a existência de condições ambientais que permitam às pessoas idosas desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e com o sentimento de autoeficácia.

Candeias (2014:18) menciona no seu estudo que a relação do envelhecimento com a qualidade de vida só faz sentido numa perspetiva ecológica, visando o indivíduo no seu

contexto sociocultural, integrando a sua vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

Num estudo realizado à população em geral, através de um inquérito, foram encontrados quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas diziam ter quando estão sós: desespero, depressão, aborrecimento e autodepreciação (*citado por* Neto, 2000).

Teixeira (2010) refere no seu estudo a distinção entre solidão social e solidão emocional, em que a primeira refere-se à pessoa insatisfeita e solitária devido à falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas e, a segunda, refere-se à insatisfação e solidão devido a uma relação pessoal íntima. Neto (2000) diz que a solidão emocional é a forma mais dolorosa de isolamento e que esta é vivenciada por alguns idosos, principalmente aqueles que não têm uma companhia íntima.

Fernandes (2007) refere que é necessário tomar em consideração que o trabalho e a família são dois eixos centrais que estruturam e definem a existência humana. Se suceder qualquer transformação nestes dois eixos, podem originar-se vários problemas, quer de âmbito instrumental quer emocional, entre os quais se inclui o sentimento de solidão.

É importante mencionar que a solidão é também influenciada por fatores sociais, pessoais e situacionais e é constituída por diversos significados, que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão e o modo como lida com a mesma (Teixeira, 2010).

Sequeira & Silva (2002), com o objetivo de investigar quais os níveis de bem-estar de um grupo de idosos residentes em meio rural e identificar que variáveis se constituem como mais importantes para o bem-estar destes idosos, verificaram que os meios rurais podem tornar-se um ambiente privilegiado de envelhecimento, uma vez que promovem as redes de relação, há um maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Logo, nos meios rurais o nível de solidão tende a ser menor que nos meios urbanos.

Fernandes (2007) refere que a viuvez é frequentemente associada à solidão, devido à perda de uma relação íntima muito particular. Esta perda pode gerar sentimentos de solidão e de abandono, sendo às vezes os próprios idosos a privarem-se do convívio e da participação social ativa. Neto (1999) afirma que a reforma conduz a várias perdas, nomeadamente, perda de rendimento, de prestígio, do sentido de competência e utilidade e, muitas vezes, de alguns contactos sociais. É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inatividade e a depressão.



### **3. O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS**

Como foi referido anteriormente, o envelhecimento é um processo natural e universal que afeta qualquer ser humano no decorrer do seu ciclo natural de vida. Trata-se de uma fase de muitas dificuldades para o idoso, em que existem estereótipos associados à idade, em que o idoso por vezes é desprezado e rejeitado por perder muitas funções, requerendo, assim, alguns cuidados por parte dos seus familiares e da sociedade em geral.

De acordo com Garcia (2009), a velhice traz consigo diversas limitações quer a nível biológico, funcional, psíquico ou social, ou seja, debilidade de memória, perdas de visão, agilidade, entre outras.

Por vezes, torna-se necessário recorrer à institucionalização, pois é a única forma de proporcionar apoio, garantir bem-estar e contribuir para uma boa qualidade de vida. Existem cada vez mais idosos que se encontram em situação de isolamento e situação socialmente enfraquecida. A institucionalização, por sua vez, para além de uma opção, tem sido a alternativa para quem tenta fugir da solidão. O recurso a este tipo de resposta possibilita ao idoso alcançar o suporte que a família não consegue garantir, pois aquele muitas vezes apresenta-se dependente e/ou na presença de uma doença crónica, em estado de viuvez ou perda do companheiro de uma vida, acrescido pela falta de atividade, que levam a quadros de solidão, isolamento e de fragilidade da sua própria personalidade. Portanto, a institucionalização é, por um lado, um recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casa de repouso e afins, onde recebe assistência e, por outro lado, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional (Cardão, 2009: 11).

O processo da institucionalização é extenso, constituído por etapas e normas que são difíceis para o idoso. A saída de casa para um lar põe em causa a questão da integridade, da privacidade e da independência do mesmo, bem como da sua ligação entre o passado e o presente. Ou seja, altera todo um conjunto de rotinas e interações que modificam o seu estilo de vida (Pimentel, 2001). Noutra perspetiva, a institucionalização também pode acarretar uma melhor satisfação das necessidades do idoso, aumentando o seu bem-estar não só ao nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como ao nível das interações, havendo assim um aumento no sentido de pertença.

A institucionalização pode ser um momento relevante, pode ser o fim do contacto com a sociedade envolvente, com a família, mas muitos idosos consideram que é uma alternativa que lhes garante estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais protegidos (Pimentel, 2001).

Fernandes (2000) reforça a ideia de que a institucionalização pode influenciar a autoestima do idoso, contribuindo para as suas alterações identitárias, ou pelo contrário constituir uma oportunidade de interação e aquisição de papéis sociais.

Para Pimentel (2001), é importante criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos utentes, respeitando a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhes proporcionar espaços de realização pessoal, fazendo com que a institucionalização se torne menos dolorosa e angustiante.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) disponibilizam vários serviços, nomeadamente centros de convívio, que fomentam a participação em atividades de convívio, com o foco na prevenção do isolamento e na manutenção das relações sociais; centros de dia, que disponibilizam serviços associados à alimentação, higiene pessoal e outros cuidados básicos durante o dia, dando a possibilidade da pessoa idosa ficar na sua própria casa ou com a família, mesmo que esta não possa cuidar do idoso durante o dia; os serviços de apoio domiciliário, que prestam cuidados no domicílio, associados com necessidades básicas e atividades do quotidiano, mas também apoio psicológico e de saúde geral, permitindo que a pessoa idosa com dificuldades possa continuar a viver sozinha ou com a família que não tem possibilidades de cuidar dela a tempo inteiro; os centros de acolhimentos temporário de pessoas idosas, que são essencialmente institucionalizações com carácter temporário, pretendendo-se a reabilitação e retorno à casa própria ou de familiares; e os lares de terceira idade, prestando uma variedade de serviços como atividades de apoio social através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecendo alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando ainda o convívio e propiciando a animação social e a ocupação de tempos livres dos utentes (Carvalho, 2006).

As instituições deste cariz devem promover ao idoso uma participação ativa na vida quotidiana da mesma, evitando a monotonia. O idoso deve ser visto como um todo. Não basta mantê-lo limpo, alimentá-lo adequadamente e promover o seu repouso segundo Netto (1996: 408). Este autor ainda referencia que diariamente devem ser marcadas atividades estimulantes e distintas, sendo o que se pretende com a realização deste projeto. Como por exemplo, deve ser lembrado o suceder das estações, determinados eventos,

datas festivas, de modo a evitar a passividade, queixas e o parar no tempo. De acordo com Pimentel (2001: 207), a maior ou menor facilidade de integração e aceitação da realidade institucional depende, na maioria, do tipo de normas que regulam o funcionamento da instituição e do grau de abertura que esta tem em relação ao espaço exterior.

Torna-se também fundamental preservar e potencializar as capacidades individuais para o bem-estar do idoso, por forma a evitar interações insatisfatórias e experiências de frustração (Cardão, 2009: 40). Para Fernandes (2000: 48), “devem ser aceites e respeitadas as necessidades sociais, psicológicas, religiosas, culturais, políticas e sexuais dos idosos. Permitir apenas as restrições necessárias à consecução de um bom nível de cuidados à proteção da saúde e à segurança do idoso”.

Assim, cabe à instituição acolhedora do idoso criar meios facilitadores para a sua integração, não atendendo exclusivamente ao seu valor social, mas sim a um conjunto de fatores. Ou seja, deve ser prestado um acolhimento e encaminhamento personalizados, desde uma informação adequada sobre o funcionamento da instituição, como os seus direitos, deveres e disponibilidade para ajudar a solucionar os seus problemas.

### 3.1. AS ALTERAÇÕES IDENTITÁRIAS NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

A identidade de qualquer indivíduo é construída nos processos sociais em relação dialética entre a realidade subjetiva e a estrutura social. Estas estruturas sociais concebem tipos de identidade que são reconhecidas socialmente através das especificidades dos estatutos sociais e profissionais, das filiações políticas, religiosas, associativas e de grupo. São entendidas como ‘identidades coletivas’ construídas na base histórica de uma dada estrutura que integra os indivíduos. A identidade é inteligível desde que a situemos num mundo onde podemos observar o quotidiano das relações sociais que as produzem, segundo Berger & Luckmann (1999).

De acordo com Lopes (2001), a identidade é entendida como algo que está em construção e redefinição podendo ser determinada por variadas circunstâncias ao longo da vida adulta. Ou seja, os diferentes contextos sociais e a forma como cada um se relaciona nesses contextos, condicionam a construção identitária de cada pessoa. Portanto, nesta perspetiva, a identidade pressupõe sempre o cruzamento de dois aspetos indissociáveis, o individual e o social, pois sempre que nos questionamos sobre nós próprios e sobre como os outros nos percebem, fortalecemos a nossa identidade.

Dubar (1997) refere que a construção da identidade é um processo no qual o indivíduo desenvolve a imagem de si próprio, sendo esta imagem decorrente de todas as suas vivências e experiências ao longo da vida.

Por outro lado, Castells (2003, citado por Correia, 2008: 132) apresenta a noção de identidade como um processo pelo qual um ator social produz significados sobre si mesmo com recurso a um dado atributo ou conjunto de atributos de natureza cultural: “A formação das identidades está fortemente articulada com a experiência e com a constituição e transmissão quotidiana de normas, valores e visões do mundo” (Correia, 2008: 137).

De acordo com Giddens (2009), a nossa identidade é influenciada pelo contexto cultural onde o indivíduo está inserido. O processo de socialização com os outros pode condicionar valores e comportamentos, mas, no entanto, este processo não deixa de ser algo individual e de liberdade: “Cada um de nós no decurso da socialização desenvolve um sentido de identidade e capacidade para pensar e agir de forma independente” (p.29).

Noutro ponto de vista, Berger & Luckmann (1999) referem que a identidade é formada por processos sociais, a qual é mantida, modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais e os processos sociais implicados na formação e conservação da identidade são determinados pela estrutura social. Ou seja, a identidade é construída na interação entre o indivíduo e a sociedade que o rodeia.

Para Osório & Pinto (2007), o ciclo vital do ser humano, ao viver em sociedade, é caracterizado por um conjunto de papéis sociais (filho, pai, neto, avô, etc.), exigindo uma série de mudanças comportamentais que respondem a um determinado papel. O ser humano desempenha diversos papéis durante o seu percurso de vida e esses estão ligados à idade, à hierarquia social, entre outras pertenças.

Durante o envelhecimento, existem fatores de influência da sociedade sobre o idoso, tais como, as respostas sociais, o afastamento do trabalho, a mudança de identidade social, a desvalorização social e a falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa sentir-se útil e ser reconhecido socialmente (Marchand, 2001).

De acordo com Lopes (2001), a sociedade atual encara o envelhecimento como uma fase de decadência, o que irá abalar a identidade do idoso pelas limitações económicas e físicas, pela perda de desempenho de papéis e pela cessação de atividades que exigem que o mesmo adquira.

As identidades sociais assumem papéis diferentes em comunidades e sociedades diferentes, pois cada um tem definido um padrão para cada género, sexualidade, classe

social, etnia, religião e outras identidades sociais. Como afirma Erikson (1968), citado por Dubar (1997: 118), “a identidade social não é transmitida por uma geração à seguinte, ela é construída por cada geração com base em categorias, posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenroladas nas instituições que os indivíduos atravessam e para cuja transformação real, eles contribuem”. Segundo o mesmo autor, todas as pessoas ao longo da sua existência, passam por 8 estádios, ou momentos de crise, que são distintos e em que cada um desses momentos estão abertos a sentimentos positivos como a confiança, intimidade e integridade, e vulneráveis à ação de sentimentos negativos como culpa, inferioridade e isolamento (Fonseca, 2004: 44).

O que interage com as dinâmicas identitárias do idoso é a entrada no lar, pois a decisão de entrar para uma instituição constitui uma grande mudança na vida de uma pessoa idosa. É uma mudança que traz consigo rutura em relação à vida, separação do meio familiar e uma adaptação a um novo ambiente.

Segundo Pimentel (2001), a entrada para um lar está associada a imagens negativas e representa, para as pessoas idosas, abandono, morte, separação e sofrimento. A institucionalização, por vezes, não é aceite pela maioria dos idosos, pois estes quando entram para uma instituição, esta fase é representada como o último período da sua trajetória de vida, sem expectativas ou possibilidade de retorno.

Nesta perspetiva, e de acordo com o autor, a decisão de entrada num lar deve ser efetuada com consentimento livre, expresso e informado do idoso pois é ilegítimo e inaceitável que a decisão seja tomada sob pressão ou ameaça por parte da família ou de outros indivíduos. Na fase do acolhimento, a instituição deve estar preparada para acompanhar o idoso nas diferentes fases da sua adaptação, auxiliando a integração. Habitualmente, o impacto emocional é muito forte para a pessoa e para a família, devido às modificações na vida do idoso. Deste modo, a instituição deve conhecer e ter em conta a história de vida, a personalidade, o relacionamento com a família e a comunidade, os hábitos e gostos, as angústias e as dificuldades dos seus utentes.

No estudo de Pimentel (2001), este afirma que a maioria dos lares para idosos não tem em consideração os desejos e motivações dos utentes, pois limita-se a dar resposta às necessidades fisiológicas, esquecendo-se dos níveis social e afetivo. Logo, é importante ter em consideração que o idoso não deixa de ser um ser único e que é portador de características, gostos, prazeres, ideologias, princípios, valores e culturas e que tem todo o direito à valorização da identidade, à privacidade, integridade, intimidade e, sobretudo, ao direito de tomar as suas próprias decisões. Cabe às instituições construir respostas para

que sejam assegurados direitos, confortos e bem-estar de forma a não constituir uma ameaça à identidade do indivíduo idoso.

## **4. O SERVIÇO SOCIAL E O ENVELHECIMENTO**

### **4.1. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NUMA SOCIEDADE ENVELHECIDA**

O Serviço Social “é uma disciplina científica no âmbito das ciências sociais, que tem como objetivo estudar e agir com vista à diminuição das condições de desigualdade, promovendo a justiça social e a cidadania” (Ribeirinho, 2013: 178). Neste sentido, Carvalho (2012:24) reforça ainda que o Serviço Social tem como objetivo “intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo a aumentar o seu bem-estar social, tendo como base uma ética inscrita nos valores e nos direitos humanos, respeitando as diferenças, exercitando práticas sociais não opressivas e emancipadoras, potenciadoras da participação social”.

Em torno da intervenção do serviço social existem práticas e dilemas na área do envelhecimento, sendo questões demográficas, sociais e políticas que merecem maior destaque. O que tem especial interesse no serviço social é o aumento das pessoas muito idosas, isto porque são mais vulneráveis, em termos de problemas sociais e de saúde associados ao risco de pobreza, solidão, isolamento, e que necessitam de cuidados alargados e diferenciados, pois são cada vez mais discriminadas pela idade, estando muitas vezes sob violência e pressão (Carvalho, 2011:54).

O fenómeno do envelhecimento tem criado diversos dilemas e incertezas na forma como corresponder às exigências inerentes a todo este processo, que envolvem fatores sociais, políticos e económicos. Esta realidade social, para a qual ainda não estamos preparados para apoiar e acompanhar, colocou a possibilidade de surgirem novas áreas de investigação e intervenção, com o objetivo de cobrir as necessidades que a sociedade nos coloca e para a qual exige respostas (Andrade, 2014). O Serviço Social, representado por Assistentes Sociais, preocupa-se em refletir e analisar a questão do envelhecimento como potenciador de novas oportunidades, quer ao nível da elaboração e criação de políticas sociais inovadoras e que vão ao encontro das reais necessidades das pessoas, quer ao nível da criação de novas profissões e oportunidades de trabalho. Nesta perspetiva, e de acordo com Granja (2009:1), “o fenómeno demográfico do envelhecimento da população gera problemas de intervenção social a ele ligados como: responder aos problemas e desafios necessários para combater o isolamento social;

fortalecer as redes relacionais primárias e secundárias; garantir a qualidade de vida dos idosos, afetada por problemas de fragilidade física e/ou mental, a procura de manutenção da autonomia possível de vida sem perda de identidade pessoal e social; criar condições para estimular capacidades em declínio, bem como para desenvolver as existentes construídas pela experiência de vida”. A mesma autora apresenta três fenômenos sociodemográficos, que são significativos e que surgem no campo dos idosos e do envelhecimento: o envelhecimento significativo da população; “a falência progressiva do sistema de cuidados informais baseado em laços de família, de amizade e de vizinhança”, e a “necessidade de desenvolver um sistema de prestação de cuidados formais aos idosos, baseados no conhecimento técnico e científico e executado por profissionais (cuidadores formais) que “substituam” ou complementem a ação dos cuidadores informais” (Granja, 2009:5).

A maioria das pessoas idosas vive com o cônjuge ou vive só. Em relação ao gênero, no envelhecimento, verifica-se que as mulheres vivem frequentemente mais sós do que os homens, com agravamento do risco de pobreza e nos homens que vivem sós, a probabilidade de cometerem suicídio é mais elevada. É importante ter em conta que as pessoas idosas com doenças associadas a dependências também necessitam de uma maior extensão de cuidados pessoais, sociais e de saúde (Carvalho, 2011).

Nos últimos anos, as políticas têm investido na formação, informação e apoio às famílias cuidadoras, sendo a sua extensão limitada. Segundo Carvalho (2011), o profissional de Serviço Social foi chamado para administrar e gerir recursos sociais e para estabelecer relações de ajuda junto das pessoas idosas e/ ou de famílias de idosos, tendo uma atuação que se insere no âmbito das políticas públicas e sociais. A ideia de envelhecimento ativo não está incluída nas medidas de políticas relacionadas com a problemática do envelhecimento. Estas integram uma conceção genérica sobre os direitos de cidadania e centram-se fundamentalmente no modo como os idosos podem ter acesso à satisfação das suas necessidades básicas, como a alimentação, o ambiente, a mobilidade, e não ao modo como podem exercer a autonomia, a liberdade, a participação, a autodeterminação e direitos.

O Serviço Social, enquanto profissão e disciplina científica da área das ciências sociais, dá importantes contribuições para a intervenção com as pessoas idosas. Segundo García & Jiménez (2003), o serviço social gerontológico encarrega-se de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e de como conseguir que essas pessoas assumam uma ação organizada, tanto preventiva como



transformadora. Trata-se, assim, de uma intervenção profissional intencionada e científica na realidade social das pessoas idosas, conhecendo-a e transformando-a, contribuindo com outras profissões para atingir o bem-estar desse coletivo (Carvalho, 2013).

O Serviço Social, no campo da velhice, tem como objeto de intervenção a pessoa idosa, que se encontra em interação com o meio, que vive numa situação com determinadas necessidades, pretendendo melhorá-las e desenvolver potencialidades numa perspetiva positiva (Carvalho, 2013).

Em volta do Serviço Social, existem princípios e valores inerentes a esta profissão, sendo imprescindível ter em conta na sua intervenção a dignidade humana, ou seja, reconhecer o valor intrínseco enquanto indivíduo e enquanto ser único. Os princípios da autonomia e da responsabilidade humana, do consentimento informado, da integridade, da proteção da sua vida privada, também devem ser alvos de especial atenção, sobretudo nos casos das pessoas idosas que se encontram em situação de maior dependência e/ ou vulnerabilidade (Carvalho, 2013).

As pessoas idosas também podem estar sujeitas a várias formas de discriminação, com base na sua raça, género, classe, orientação sexual, entre outros. Desta forma, o assistente social precisa de ter em conta que qualquer idoso pode ter vivenciado ou estar a vivenciar múltiplas formas de opressão, que podem afetar a forma como responde à sua abordagem e intervenção (Carvalho, 2013). Na mesma linha de pensamento, Lymbery (2005:15) refere que os assistentes sociais identificam todas as formas de poder e opressão a que as pessoas idosas possam estar sujeitas.

O princípio do *empowerment* também é fundamental e Lymbery (2005) refere que o essencial é ter em consideração que, para muitas pessoas idosas, a capacidade de fazer escolhas é influenciada por diversos fatores, tais como a saúde, posição social e classe social. Este princípio não é algo que o assistente social possa transferir para o utente, mas uma condição que este tem de ser capaz de atingir, podendo o assistente social ajudar neste processo, criando um ambiente no qual o *empowerment* possa tornar-se possível.

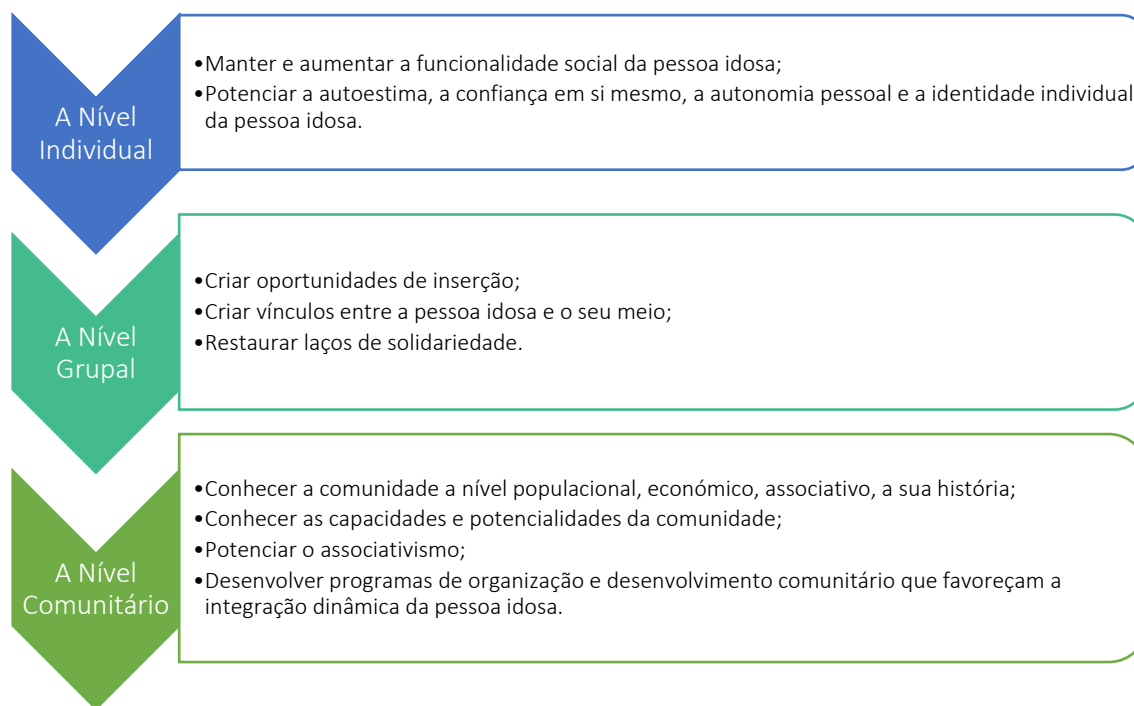
Portanto, pode-se sintetizar os principais princípios da intervenção do Serviço Social com pessoas idosas (Carvalho, 2013:180):

- A pessoa idosa tem de ser valorizada como sujeito ativo na construção do seu quotidiano e do seu projeto de vida e, como tal, as suas necessidades e preocupações devem ser valorizadas e a sua opinião ouvida e respeitada. Também os seus hábitos, costumes, as suas crenças e formas de estar devem ser respeitadas, bem como os seus valores socioculturais;

- Na intervenção são garantidos o segredo profissional e a confidencialidade;
- A pessoa idosa tem o direito a ser informada sobre os seus direitos e deveres, enquanto beneficiária dos serviços de ação social e de saúde;
- Cada situação é objeto de uma avaliação circunstanciada, definindo-se com a pessoa idosa e sua família um plano de cuidados personalizado/ individualizado, de caráter preventivo e reabilitador;
- Esse plano de cuidados tem como objetivo assegurar uma maior qualidade de vida e com a maior autonomia possível, favorecendo a autoestima e garantindo a dignidade da pessoa idosa;
- A pessoa idosa recebe o apoio mais adequado à sua situação, devendo os serviços organizar-se em função das suas necessidades específicas;
- Os profissionais têm em conta a rede informal da pessoa idosa e colaboram com ela, informando-a sobre as suas competências.

Para operacionalizar objetivos, o assistente social deteta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas, procurando não centrar-se apenas nas carências reais e/ou potenciais da pessoa idosa. Outra função que este técnico apresenta é a capacidade de enfrentar/ dar resposta a essas necessidades e só depois propor soluções a partir dos recursos sociais existentes (Carvalho, 2013). “Assim se pode afirmar que a eficácia da intervenção do assistente social depende, em grande medida, não só da qualidade dos recursos sociais previstos pelas políticas sociais, mas também do que a própria pessoa é capaz de investir, como esforço, motivação e desejo de seguir em frente. Trata-se de um processo de construção, um esforço comum, em que ninguém pode ocupar o lugar do outro” (García & Jiménez, 2003:59).

Os objetivos do Serviço Social situam-se em três dimensões segundo García & Jiménez (2003: 59 e restantes):



*Figura 1 - Objetivos do Serviço Social Gerontológico*

O Serviço Social tem que estar preparado para os novos desafios que a sociedade vai lançando, pois “a abordagem às identidades profissionais dos Assistentes Sociais afigura-se como uma tarefa relevante para a discussão dos fundamentos da profissão no contexto atual. Não sendo possível assumir a identidade profissional do Assistente Social como algo unívoco, unidirecional, com delimitações precisas e estático, entende-se que a(s) identidade(s) será ou serão o conjunto e traços comuns que agregam, fecham, produzem sentimentos de pertença e autorizam a que se distinga entre os elementos que fazem parte desse conjunto e os que lhe são exteriores” (Amaro, 2012:96).

Como refere Andrade (2014), os recursos são cada vez mais escassos e as necessidades estão a aumentar cada vez mais. Deste modo, “os assistentes sociais sentem a necessidade de afirmar o seu profissionalismo, desenvolvendo nesse caminho formas de agir mais rigorosas e sistematizadas” (Amaro, 2012:97).

Torna-se assim fundamental uma mudança de mentalidades, considerando que “um dos principais desafios para o Serviço Social na transição civilizacional em que se encontra é, justamente, o de se contribuir como alternativa, em termos de visão teórica e prática interventiva, pautada por princípios éticos e por um olhar responsável sobre o mundo que cruze os níveis macro, meso e micro na ação e na reflexão e não esqueça a singularidade individual” (Amaro, 2012:94).

#### 4.2. O SERVIÇO SOCIAL NAS INSTITUIÇÕES DE APOIO A IDOSOS

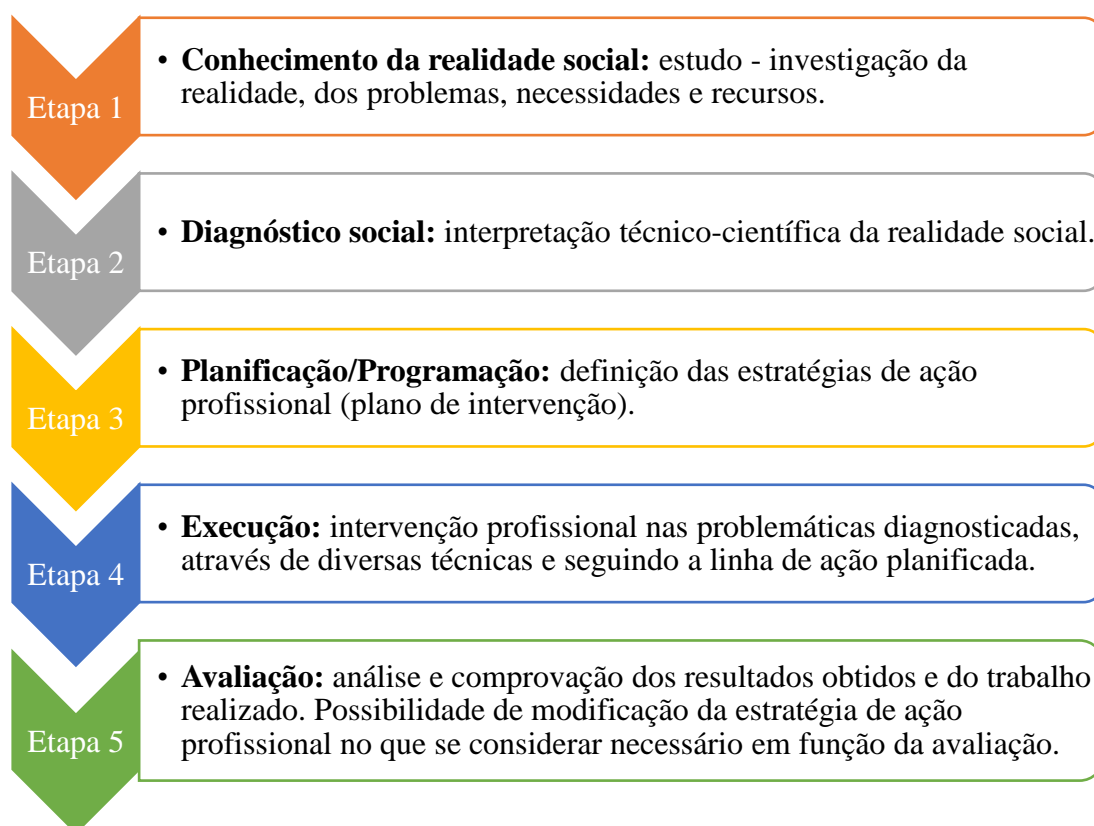
Segundo Carvalho (2010), as instituições de solidariedade têm a responsabilidade de promover o envelhecimento ativo, logo orientam as suas práticas para satisfazer as necessidades humanas fundamentais em prol das possibilidades das instituições. São poucas as que se preocupam com os sujeitos e que orientam a ação de modo a promover os direitos humanos e sociais e, principalmente, potenciar as capacidades dos idosos.

O Assistente Social dispõe de um intervenção direta e indireta no Serviço Social e também nas instituições de apoio a idosos. Para Robertis (2011), as intervenções diretas são as que ocorrem numa relação frente a frente, entre assistente social e utente, em que ambos são autores. A intervenção direta com pessoas idosas e famílias pode ter quatro tipos de funções, segundo García & Jiménez (2003:61):

- Preventivas – em que as funções se destinam a criar melhores condições para que não se venham a produzir processos problemáticos;
- Promocionais – funções que realizam para descobrir e desenvolver nas pessoas idosas as suas capacidades para prevenir, resolver ou controlar as condições que configuram a sua problemática social, de forma autónoma, reduzindo ao máximo as dependências sociais;
- Assistenciais – são as funções através das quais o assistente social trabalha com a pessoa idosa e com a sua família, cuja capacidade para resolver um problema, por algum motivo, está condicionada e precisa de ser reforçada. Estas funções podem ir desde o simples apoio até a intervenções mais dirigidas à mobilização de recursos diversos com vista à satisfação de determinadas necessidades;
- Reabilitadoras – estas funções destinam-se à promoção da (re)inserção ou orientação das pessoas idosas que, por algum motivo, tenham sofrido algum tipo de situação de exclusão social.

Segundo García (2003), a intervenção do assistente social desenvolve-se através de um processo contínuo, coerente, lógico, racional, flexível, dinâmico, crítico e dialético, onde a ação profissional se realiza através de etapas interrelacionadas destinadas a conseguir um maior número de soluções para cada caso ou situação social.

Seguidamente, encontram-se descritas as etapas que caracterizam o processo metodológico da intervenção do Serviço Social Gerontológico.



*Figura 2 - Síntese do processo metodológico da intervenção do Serviço Social Gerontológico (Carvalho, 2013:185)*

- Na etapa 1, ocorre a primeira entrevista ou visita do assistente social. A preocupação principal é a de estabelecer uma boa relação empática com a pessoa idosa, sem atitudes paternalistas, nem assistencialistas, estabelecendo as bases da relação profissional, sendo o primeiro objetivo a obtenção de informação suficiente acerca da pessoa idosa e dos seus recursos, classificando o(s) problema(s) colocado(s), analisando a possibilidade de resposta do serviço e/ou instituição, e detetando eventuais situações de risco social;

- Na etapa 2, estabelece-se a natureza e magnitude das necessidades e problemas que afetam a pessoa idosa e a sua família, procedendo-se ao seu estudo com vista à elaboração de um plano de trabalho;

- Na etapa 3, o assistente social em conjunto com a equipa interdisciplinar, elabora um plano de intervenção com a pessoa idosa, respondendo às seguintes questões: O que se

quer realizar?; Porquê?; Para quê?; Quanto?; Como?; Com que meios?; Com quem?; Onde?; e Quando?;

- Na etapa 4, a execução consiste no trabalho concreto/direto com a pessoa idosa, com a sua família ou na utilização dos recursos;
- Na etapa 5, são constatados os resultados obtidos através das várias intervenções, com vista a analisar os progressos alcançados em relação aos objetivos e metas propostos, indicando os fatores que influenciaram esse processo. Pode também determinar sugestões e recomendações a ter em consideração para a melhoria dos resultados, determinando as ações a desenvolver.

(Carvalho, 2013:185)

A competência relacional do assistente social, segundo Carvalho (2013), é fundamental para o estabelecimento de uma relação positiva com o idoso e uma condição para desenvolver toda a intervenção. Neste sentido, é requerido aos assistentes sociais, na área da Gerontologia, desenvolverem competências relacionais efetivas, uma vez que colocar-se em relação é uma competência fundamental, ao mesmo nível que as outras competências, sejam teóricas ou metodológicas. Só apenas através da relação se podem desenvolver ações no âmbito gerontológico, atendendo ao facto de se trabalhar com seres humanos, com biografias, histórias de vida diferentes, e, também com formas diferenciadas de ser e de estar nesta fase da vida.

Quanto à intervenção indireta nas instituições de apoio a idosos, segundo Robertis (2011), as intervenções indiretas são aquelas em que o utente se encontra ausente, sendo o assistente social o ator. “Trata-se de ações empreendidas a fim de organizar o seu trabalho e de planificar intervenções que se realizarão de seguida com as pessoas e também de ações empreendidas em benefício do utente, mas fora da participação ativa e direta deste” (Robertis, 2011:181).

Segundo Carvalho (2013), nesta intervenção o assistente social coordena e otimiza recursos, planifica e avalia a intervenção com vista à prossecução dos objetivos. Este trabalho inclui a elaboração e preenchimentos dos instrumentos de trabalho do Serviço Social, como a ficha/ processo social da pessoa idosa, as informações e/ou relatórios sociais, as escalas de avaliação social, o plano de intervenção social, os registos das entrevistas e/ou visitas domiciliárias, e os registos de reuniões diversas.

“O assistente social é um mediador com características especiais. Ele é um mediador que favorece as mediações graças à sua posição intermediária, no seio das instituições

onde exerce as suas funções, as suas competências que lhe são legalmente e formalmente atribuídas, através do papel que lhe é reconhecido e das características da sua ação” (Almeida, 2001:62).

Quanto aos objetivos de intervenção do Serviço Social em lares e outras instituições de cariz residencial, os mesmos baseiam-se na promoção da integração social e pessoal do residente no meio de convivência da instituição, no potenciar a manutenção e o reforço dos laços existentes com a sua família e comunidade (Carvalho, 2013). Em relação aos objetivos específicos, o assistente social preocupa-se: com a avaliação multidimensional do residente, com a sua integração na vida e nas atividades da instituição, prestando-lhe todo o apoio social que requeira; com a adaptação entre o residente e a instituição; com a garantia que os residentes estejam informados e orientados sobre os seus direitos e recursos sociais existentes e a promoção do usufruto e utilização dos mesmos; com a contribuição de um sistema real de coordenação da equipa de forma a abordar os problemas, a partir das diferentes perspetivas profissionais e na obtenção de uma intervenção global na atenção às necessidades do residente (plano individualizado de cuidados); na manutenção e promoção da relação do residente com o seu meio familiar, grupal e comunitário; na prevenção e intervenção no surgimento de conflitos interpessoais na instituição (Carvalho, 2013:190).

Segundo Santiago (2003), o assistente social tem 5 funções em instituições de cariz residencial: preventiva, socioeducativa, assistencial, planificadora, organizadora e coordenadora. Estas funções encontram-se descritas no quadro seguinte:

| <b>Função</b>  | <b>Descrição da função</b>  |
|----------------|---|
| Preventiva     | Desenvolvimento de atuações destinadas a promover a integração dos residentes e a detetar precocemente possíveis situações de conflito entre residentes e residentes-famílias.  |
| Socioeducativa | Desenvolvimento de atuações que favoreçam as competências e habilidades pessoais dos residentes.  |
| Assistencial   | Efetivação de respostas às diferentes necessidades sociais da pessoa idosa, informando-a, aconselhando-a e orientando-a sobre os diferentes recursos sociais existentes, e desencadeando projetos de intervenção que atendam às distintas situações-problema que se apresentam. |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Planificadora               | Desenvolvimento de atuações técnicas na programação de projetos de intervenção e participando na planificação geral da instituição.   |
| Organizadora e Coordenadora | Fazendo parte da equipa interdisciplinar da instituição, participando na elaboração e desenvolvimento dos diferentes projetos institucionais e estando em contato direto e sistemático com os restantes profissionais, com vista a uma atuação coordenada e integral. |

*Tabela 1 - Funções do assistente social em instituições de cariz residencial (Santiago, 2003; citado de Carvalho, 2013:191).*

Na intervenção em serviços de cariz domiciliário, o assistente social preocupa-se em estimular a pessoa idosa para manter uma atividade física e intelectual, dentro das suas possibilidades e tendo em conta as suas especificidades individuais e possibilidades ambientais, no intuito de prevenir consequências negativas do processo de envelhecimento. Ou seja, como refere Carvalho (2013:194-195):

- Possibilitar aos familiares/cuidadores informais momentos de aprendizagem do cuidar com equipas de prestação de cuidados (ajudantes de ação direta e enfermeiros), quer através da demonstração quer através de treino individual;
- Programar, realizar e avaliar sessões de (in)formação e/ou a criação de grupos de autoajuda para cuidadores informais, a partir do diagnóstico das suas necessidades e expectativas;
- Avaliar o índice potencial de sobrecarga do cuidador, definindo estratégias de prevenção e/ou diminuição dessa sobrecarga, nomeadamente através da (re)definição do plano de cuidados que preveja não apenas as necessidades da pessoa idosa, mas também as do cuidador, atuando numa lógica de reforço positivo;
- Promover a (re)vitalização das redes sociais informais de apoio à pessoa idosa (amigos, vizinhos, familiares) e ao cuidador principal, quando tal for possível e desejável para ambas as partes envolvidas;
- Realizar, em conjunto com a restante equipa interdisciplinar, uma avaliação do ambiente domiciliário no sentido de identificar riscos e potenciais necessidades de adaptação, com vista à segurança e bem-estar da pessoa idosa e dos seus cuidadores;
- Potenciar as saídas e novas formas de relação com o meio, descoberta de novos centros de interesse e ocupação.



#### 4.3. AS METODOLOGIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM IDOSOS

Antes de a pessoa fazer o pedido de apoio a um serviço social, o utente toma contacto com o serviço, telefona, escreve ou apresenta-se, por sua própria iniciativa. Robertis (2011:98) refere que o indivíduo procura uma ajuda e que esta etapa é reconhecida como uma das mais significativas, pois assumiu um ato de primeira importância. De modo a compreender o alcance e o significado deste ato, o trabalhador social tem necessidade de ter algumas ideias sobre o que normalmente se passa quando alguém formula um pedido. Isto permitirá ao técnico superior de serviço social agir, aproveitando os seus conhecimentos sobre o comportamento das pessoas confrontadas com uma tal situação. Normalmente, antes de encontrar o trabalhador social, o utente já percorreu várias etapas, em que uma delas pode ter sido o fazer face a um problema que sente em termos de necessidade. Portanto, o utente deseja resolver a situação, a dificuldade e o sofrimento que acarreta (Robertis, 2011).

Uma vez concretizada a mudança, a pessoa é mobilizada pelo facto de tomar consciência do seu desejo e do objetivo que quer atingir. Tenta encontrar os meios de concretizar a mudança: informa-se, fala com os seus amigos, fala em família; aceita de boa vontade os conselhos e efetua diligências junto das pessoas e das instituições suscetíveis de lhe darem uma resposta (Robertis, 2011:99).

A metodologia integra pressupostos teóricos que sustentam a visão da realidade e, também, das linhas de ação a seguir, os métodos e as técnicas, através dos quais se implementam as ações (Pena, 2012). Para Robertis (2003), o método centra-se no fazer do assistente social, sendo este um agente de mudança e que a modificação da situação acontece desde o primeiro contacto entre o assistente social e o utilizador do serviço num trabalho cooperativo, em que o profissional se propõe analisar a situação e acolher as propostas da pessoa. Esta autora ainda refere que as mudanças podem situar-se num plano microsocial, que engloba o indivíduo, família ou pequenos grupos, ou num plano macrosocial, em que são referentes organizações e territórios. Deve-se focalizar nas potencialidades e dinamismos das pessoas ou grupos, criando uma perspetiva otimista, induzindo os utilizadores a terem a mesma maneira positiva de ver a ação. A seleção do método do Serviço Social depende do contexto da situação e relaciona-se com visões, interesses e necessidades ideológicas e sociais.

Estamos presentes numa realidade bastante complexa, de múltiplas facetas e que, por vezes, são contraditórias entre si, em que o assistente social atua, seguindo uma sequência metódica. Robertis (2003 citado de Pena, 2012:86-87) identifica como fases do método:

- Identificação do problema social ou do pedido – em que o ponto de partida é o encontro entre o assistente social e a pessoa utilizadora do serviço e esse pode condicionar a intervenção a seguir;
- Análise da situação – consiste na recolha de informação acerca da pessoa utilizadora dos serviços, a sua situação e o seu contexto global e, por outro lado, a análise do setor de intervenção, das respostas sociais existentes no contexto das políticas públicas;
- Avaliação preliminar e operacional – a partir dos elementos recolhidos elaboram-se uma síntese e uma interpretação dos dados, formulando hipóteses de trabalho. A avaliação é uma síntese explicativa em que se relacionam os fatores materiais, afetivos, sociais, físicos, intelectuais e de relação de modo a compreendê-los na sua dinâmica. É com base na avaliação que se desenvolve o projeto de intervenção, em conjunto com a pessoa utilizadora do serviço;
- Elaboração do projeto de intervenção, negociação do projeto e contrato – são definidos os objetivos de intervenção, a determinação do nível de intervenção, que pode implicar uma pessoa, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma instituição social e a eleição das formas de intervenção ou estratégias;
- Execução do projeto – em que o projeto é posto em prática e são eleitas as intervenções, que podem assumir uma forma direta ou indireta<sup>1</sup>, consoante a presença ou não do utilizador do serviço durante a ação;
- Avaliação dos resultados – é avaliado o caminho percorrido, são avaliadas as mudanças que foram produzidas na situação, entre o início e o fim da intervenção. A avaliação pode ser parcial, com o objetivo de fazer um balanço e reajustar, se necessário, os objetivos, ou final, quando se trata de finalizar a intervenção;
- Finalização do processo – o fim da ação está presente desde o primeiro encontro com o utilizador do serviço, mas pode estar mais ou menos explícito, pois em algumas

---

<sup>1</sup> Robertis (2003) classifica as formas de intervenção em diretas e indiretas, incluindo nas formas de intervenção diretas: clarificar-apoiar, informar-educar, persuadir-influenciar, controlar-exercer autoridade, pôr em relação-criar novas oportunidades e estruturar uma relação de trabalho com as pessoas. Na intervenção indireta considera a organização-documentação, programação e planificação de intervenções diretas, intervenções no meio familiar da pessoa, colaboração com outros trabalhadores sociais e intervenção à escala de organismos sociais.

situações não é verbalizado esse fim e em outras situações está previsto e é utilizado como uma referência no estabelecimento do contrato.

É fundamental que os assistentes sociais possuam um sentido de orientação que permita discutir com o utilizador do serviço qual o seu papel e as expectativas de ambos, de modo a definirem um trabalho a desenvolver, não deixando de lado um instrumento importante, o contrato social, escrito ou negociado verbalmente, pois descreve o que cada parte deve realizar.

Quanto ao processo de diagnóstico, este é bastante importante na prática do Serviço Social, que ao longo da história tem sido uma prática abordada por vários autores. Este processo consiste num primeiro contacto entre o técnico e instituição e o beneficiador do serviço, que irá facilitar a decisão sobre a intervenção, influenciar a atribuição de recursos e determinar o grau de risco envolvido na situação. Segundo Coulshed & Orme (2006), o diagnóstico acontece quando o utilizador de serviço toma contacto com a organização, e é usado para decidir que serviços podem ser apresentados e quem deve estar envolvido. Para Beckett (2010:30), “o diagnóstico só é útil se der origem a uma ação, mesmo que as coisas mudem no futuro, é necessário chegar a algumas conclusões sobre as necessidades da pessoa e depois agir, pois de outra forma haverá a tentação de avaliar e reavaliar sem realmente agir sobre a situação”.

Na realização do diagnóstico, os técnicos de serviço social equacionam a necessidade de se centrarem no risco ou se este deve constituir apenas um elemento num diagnóstico mais global e em que “os profissionais pesem os riscos, as necessidades e os recursos implicados numa situação particular” (Wilson, 2008:276). Uma das características centrais do diagnóstico é a necessidade de definir o risco em conjunto com o utilizador do serviço, não se esquecendo da avaliação profissional que analisa também a necessidade, a pesquisa e os recursos disponíveis (Wilson, 2008).

Segundo Beckett (2010), o diagnóstico determina o serviço que irá ser providenciado, ou seja, o tipo de diagnóstico que é feito é determinado pelo tipo de serviço que se pensa que é mais necessário. O autor ainda afirma que é possível distinguir entre diagnóstico baseado nas necessidades e diagnóstico baseado nos recursos. O primeiro não pressupõe o serviço que irá ser providenciado e considera quais as necessidades do utilizador do serviço antes de começar a pensar nas formas como essas necessidades podem ser respondidas. Por outro lado, o diagnóstico baseado nos recursos tem como ponto de partida os recursos disponíveis pela instituição e determina se o utilizador é elegível para esses serviços.

Em lares, existem respostas que se adequam à população idosa, como é o caso do lar residencial, centro de dia e serviço de apoio domiciliário. Em cada uma existe uma metodologia adotada pelo técnico de serviço social.

Existem vários modelos teóricos para a prática do Serviço Social, que integram diferentes métodos da profissão: individual/ familiar; grupal e comunitário. Para Ponticelli (1998: 19) não há um “modelo” que suprima e que se adapte a todas as situações, pois cada um acarreta um esquema conceitual mas não adaptável e flexível a todas as realidades. Portanto, quando a escolha recai sobre um determinado modelo nunca poderá ser feita arbitrariamente, sem ter em conta um conjunto de determinantes e variáveis.

Para Santos (2012), conceitualizar a prática de Serviço Social em modelos de intervenção social revela dificuldades e oportunidades, quer em termos axiológicos, quer em termos empíricos. As dificuldades refletem-se no processo de obtenção de uma posição consensual da própria profissão a nível conceitual, metodológico e instrumental. As oportunidades referem-se à consolidação, legitimação e estratégia do agir profissional em modelos de ação identitários à profissão que reúnam não só princípios e teorias epistémicas, mas, também, indicações processuais, metodológicas e operativas. Robertis (2005) refere que a intervenção social veicula um valor instrumental com vista à mudança e ao desenvolvimento e transformação social.

Santos (2012) refere o modelo de intervenção social específico ao Serviço Social – o Case Work – criado por Mary Richmond, fruto do trabalho nas “Charity Organisation Society” (COS), refletido na compreensão das relações familiares, atividades de organização comunitária, enfatizando a responsabilidade individual e a mudança. O “case work” incorpora quatro processos: a) Compreender o indivíduo; b) Compreender o ambiente social; c) Ação direta com os indivíduos; d) Ação indireta através do ambiente social.

A organização da prática profissional em modelos de intervenção social revela-se como uma estratégia de ação que pode atuar de uma forma centrada no indivíduo como também no agir coletivo. Isto significa a defesa de uma postura inovadora e pró-ativa que reflita sobre a dimensão do problema em causa, avaliando medidas mais sustentadas a médio-longo prazo sem menosprezar uma intervenção pontual, incidente nas necessidades imediatas. É importante haver uma necessidade de consolidação de diferentes estratégias profissionais, que o assistente social utiliza no quotidiano. As estratégias profissionais consolidam a visão do agir profissional pela diversidade de ações

que envolvem o indivíduo, a família, as infraestruturas comunitárias, a comunidade em geral e as infraestruturas sociais, enquanto sistemas sociais, defendendo que a mudança social só é conseguida se referenciada a uma abordagem holística (Santos, 2012). Portanto, a organização da prática profissional em modelos de intervenção procura uma postura coincidente com uma prática sistemática e transformadora, que busca a sua compreensão a partir da problematização do real, permitindo o diagnóstico e o estudo social de uma forma mais ampla, específica, transversal-global, com base em instrumentos metodológicos e no registo detalhado da informação recolhida, que contribuem para a construção de metodologias de intervenção social tendo como valores orientadores a Igualdade social, a Inclusão social e os Direitos humanos, promovendo o acesso aos direitos sociais básicos como uma componente indispensável do movimento de cidadania (Santos, 2012: 134).

O modelo de Gestão de Caso é definido pelo ISCTE (2007: 15) como “Um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo. Para tal, implica o investimento na comunicação e na utilização eficaz e eficiente dos recursos disponíveis”. Ou seja, a partir dos objetivos identificados é perceptível que a gestão de casos é concebida através das práticas orientadas para e com o cliente (a nível micro), bem como a nível meso na identificação de recursos e facilitação de acesso aos serviços, reconhecendo a dignidade, o mérito/ esforços e os direitos das pessoas.

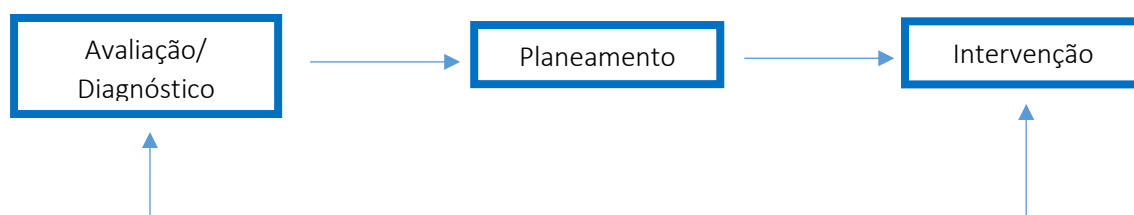
Segundo Santos (2012: 135), a gestão de casos baseia-se em três estratégias-chave:

- Colaboração: Promoção de uma cooperação articulada entre todos os agente chave, incluindo o próprio indivíduo, família e redes secundárias.
- Comunicação: Consideração dos objetivos, dos destinatários e da partilha de informação assegurando a compreensão da mesma e tendo um carácter bidirecional e em permanente atualização.
- Coordenação: Mobilização, integração, supervisão e organização de recursos, serviços e parceiros no sentido de uma real efetivação do trabalho integrado.

A “gestão de caso” assenta num sistema colaborativo e cooperativo de prestação de serviços em que organiza, coordena e sustenta uma rede de apoios formais e informais, bem como o desenvolvimento de um conjunto de ações que potenciam a autonomia dos utentes, tendo em vista a sua (re)integração social. O gestor de casos trabalha em conjunto

com o elemento/ família todas as dimensões possíveis da experiência vivenciada, nomeadamente em termos de apoio direto, trabalhando com as estruturas de apoio e com os programas políticos (Santos, 2012). Ou seja, não só se focaliza na pessoa como também no seu contexto.

Segundo Viscarrett (2007) tem como objetivos uma intervenção baseada numa relação entre cliente e assistente social; prestar serviços e apoio flexíveis no tempo, tipo e intensidade de formar ajustar-se às mudanças que vão surgindo; motivar e capacitar os indivíduos/ famílias, de modo a que sejam autónomos; agir respeitando a complexidade das relações e a multidimensionalidade dos problemas; dirigir-se a indivíduos/ famílias que se encontram “rodeados” por serviços nos quais possam buscar todo o tipo de apoio e acompanhamento: saúde, habitação, educação, entre outros; efetuar uma avaliação permanente e funcional do indivíduo/ família, de forma a promover a sua autonomização e integração social, criando/ alargando a rede de suporte social informal.



*Figura 3 - Processo de Gestão de Caso em Serviço Social (Santos, 2012: 137)*

O assistente social faz o acompanhamento do utente, ajudando-a a desenvolver as suas capacidades de modo a não ser necessária a utilização prolongada dos serviços. A prática reflexiva é fundamental, por parte deste técnico, no sentido de determinar o nível de êxito, uma vez que este tipo de intervenção é utilizado através de diversos serviços, sendo necessária a existência de um esforço elevado para coordenar o trabalho, assegurando a continuidade das atividades.

A fase de “Planeamento” neste modelo de intervenção implica dar respostas a pelo menos duas questões fundamentais (Santos, 2012):

- O que é que o assistente social (gestor de caso) e utente/ família querem mudar?
- Que tipo de trabalho pode ser realizado com as redes primárias e secundárias?

Segundo Santos (2012), o planeamento é integrado pois implica o utente/ família na sua construção, de forma a evitar que este se sinta ameaçado ou desqualificado e implica

também os serviços de forma conectada, de forma a que não leve a qualquer tipo de conflitos; e é estratégico, atendendo aos objetivos da intervenção que são comuns ao assistente social e ao cliente, devendo ser partilhados e avaliados permanentemente. Na fase de intervenção, o uso do instrumento do contrato escrito pode ser uma mais-valia no que diz respeito à organização inicial do funcionamento individual/ familiar, à criação de indicadores para a avaliação do grau de execução das tarefas propostas e valorização da ação quer do assistente social, quer do cliente.

Assim, a escolha de um modelo não poderá ser feita por instinto ou por gostos, sem se analisarem as variáveis a si associadas. Uma intervenção pode prosseguir mesmo sem ter feito a escolha do modelo. Também poderá ser conjugado diferentes modelos, de acordo com os objetivos da ação.

Em jeito de conclusão, a relação que se estabelece entre o assistente social e a pessoa utilizadora do serviço vai permitir uma aproximação de perspetivas, uma compreensão partilhada, tornando-se fundamental que a recolha de dados seja uma abordagem em que a pessoa se possa exprimir livremente, recorrendo ainda a genogramas e ecomapas (Wilson, 2008). Estes instrumentos podem ser facilitadores na compreensão do problema e na criação de uma relação, devendo ser construídos em conjunto alargado da vida do sujeito ou num contexto mais restrito, numa situação especial que necessita de ser resolvida. Para além disso, a relação entre assistente social e beneficiário constitui um facilitador de diálogo e de construção conjunta de diagnóstico através do recurso a diferentes técnicas e instrumentos de ação profissional.

## **5. A UTILIZAÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA NO TRABALHO COM IDOSOS**

O serviço social é uma área do conhecimento no âmbito das ciências sociais e humanas e uma prática social que se desenvolve na sociedade, estando associado aos direitos humanos, ao bem-estar e ao desenvolvimento pessoal e social e, sobretudo, associado a práticas humanistas e compreensivas e a intervenções anti opressivas, anti discriminatórias e críticas.

Segundo Payne (2011), o serviço social humanista enfatiza o valor da dignidade humana, do bem-estar e do cuidar dos outros como parte importante da responsabilidade social. Portanto, a ideia é que todos os seres humanos participem, juntos, nas relações sociais e beneficiem a sociedade como um todo para alcançarem uma maior realização pessoal. A prática recorrente à abordagem humanista orienta-se para a compreensão da experiência e das significações do sujeito, tendo em conta o ambiente, os princípios e valores e a cultura de determinada sociedade. Neste sentido, a relação de ajuda centra-se no discurso, no diálogo e na narrativa, referindo-se então ao que sentem, o que pensam e como é a atuação dos sujeitos face aos problemas que enfrentam no quotidiano. Trata-se, no fundo, também, de uma intervenção de modo a valorizar a história de vida.

Sendo o Assistente Social um facilitador, orientador de ação, desafiador dos direitos negativos e defensor dos direitos sociais, é com estes princípios que a sua intervenção se deve basear e a que faz sentido no que toca ao envelhecimento ativo.

Para Matos (2004:13), rememorar uma história de vida na velhice sugere uma opção e reconstrução desenvolvida pelo indivíduo no presente, “delimitadas pelas matrizes sociais em que esteve implicado durante a vida”. A memória de cada sujeito é portadora de um conjunto de referências sociais: num dado presente o indivíduo concebe a sua nova condição, sua identidade de acordo com os fundamentos adquiridos e aprendidos no passado. Os períodos de lembrança mostram-se como elementos indispensáveis do processo em que identidade presente é atualizada pela recordação.

As histórias de vida irão delinear o projeto de intervenção, nas quais irão ser expressas as vivências preservadas na memória e que demarcam o percurso de vida dos idosos da instituição. Bertaux (1980) entende as histórias de vida como uma oportunidade de questionamento e reflexão, pois, ao narrar a sua vida, o sujeito está a partilhar com o pesquisador uma análise prospetiva e avaliativa, e afirma ainda que as histórias de vida



por mais particulares que sejam são sempre depoimentos de práticas sociais, das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo e no grupo do qual faz parte.

De acordo com a perspectiva de Minayo (2010:154), “a história de vida pode ser a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais às contingências cotidianas”.

Segundo Arendt (2008) e Kumon (2006), a narrativa sobre o passado através da rememoração não implica a restauração do passado, mas contribui para a transformação do presente. Ou seja, caso o passado seja aí reencontrado, irá fazer com que o futuro usufrua da herança desse passado. Deste modo, é necessário que a memória seja articulada e retomada, com o objetivo de construir uma história, fazendo renascer a experiência vivida.

A cada geração partilham-se acontecimentos, opiniões e valores que alicerçam memórias e histórias comuns que, por sua vez, influenciam e se constroem a partir dos percursos individuais. Halbwachs (1968:37) defende que “toda a história da nossa vida faz parte da história geral”.

A reminiscência enquanto processo normativo inerente a todos os seres humanos, consiste na recordação de uma experiência ou facto, à qual o sujeito associa de modo habitual dor ou prazer. Ao recordar situações vividas, de modo individual ou internacional, permite analisar o passado, a compreensão das mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem. A reminiscência pode manifestar-se de modo intrapessoal, através de cognições exploradas pelo sujeito, ou de modo interpessoal, partilhando momentos do passado com outros sujeitos, em conversas com grupos (*citado de Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008:101*).

Trata-se de um meio em que se recuperam partes do passado e que enriquecem as nossas vidas diárias. Todos nós fazemos isso naturalmente e nós, principalmente, ao revisitarmos as nossas vidas passadas e ao ouvirmos outras lembranças/histórias de outras pessoas, desencadeamos as nossas próprias memórias esquecidas, o que pode gerar um senso coletivo de experiência partilhada. Existem idosos com um passado em comum, que é muitas vezes reduzido em luto, separação geográfica e limitações físicas. No entanto, a necessidade de visitar o passado e conectá-lo com o presente tende a aumentar com a idade. O desejo de fazer um balanço da nossa vida torna-se mais compressor enquanto nos movemos para o fim da vida e procuramos fazer o sentido da

nossa experiência como um todo (Butler 1963). Muitas vezes os mais velhos tentam lidar com a dificuldade de perda de saúde e força através da lembrança de momentos que os tornam mais em forma e mais independentes. Ao trazer a competência relativa da sua juventude à mente, no presente, pode ser bastante benéfico, colocando o envelhecimento físico em perspectiva (citado de Schweitzer & Bruce, 2008:24).

Podemos atender a necessidade de revisitar o passado de várias maneiras, através do trabalho com base na criação de uma série de sessões de reminiscências estruturadas, para um grupo de pessoas. Se forem trabalhadas individualmente, podem ajudar a gerar um sentido de continuidade entre passado e presente, e podem potencializar a pessoa para encontrar um terreno comum com os outros. Ao se ouvirem histórias de outras pessoas, muitas vezes, vem à lembrança memórias já muito esquecidas, e compartilhá-las em grupo fornece uma base para novas amizades. O uso de métodos criativos para explorar e desenvolver memórias gera um senso de ocasião e fornece formas interessantes de compartilhar e celebrar a vida dos participantes. As artes são particularmente apropriadas para pessoas com demência, pois dão várias possibilidades de comunicação não-verbal, expressão emocional, expressão de criatividade e permitem a apreciação do humor e originalidade dos outros participantes (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

### 5.1. TÉCNICAS DE REMINISCÊNCIA

No trabalho de Reminiscência e nas atividades que nela são desenvolvidas, há que ter atenção a determinadas atitudes e habilidades que são estritamente necessárias, as quais irão ser adotadas no desenvolvimento e realização do projeto:

| Atitudes no trabalho de Reminiscência |  |
|---------------------------------------|--|
| Boa capacidade em ouvir               | <ul style="list-style-type: none"><li>- Estar muito atento ao que cada idoso diz, mostrando que se está ali para ouvir;</li><li>- Não ter pressas em fazer pedidos ou perguntas;</li><li>- No caso das pessoas com demência, muitas vezes estas precisam de mais tempo para formular e expressar os seus pensamentos, sendo adequado esperar pelas suas respostas.</li></ul> |

|   |   |
|---|---|
| Recetividade                            | Relaxar e mostrar através da linguagem corporal, incluindo o contacto visual, que se está interessado em ouvir o que está a ser dito.   |
| Curiosidade                             | Mostrar interesse em saber mais e mostrar a vontade de aprender com as pessoas mais velhas.   |
| Sensibilidade                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tornar-se recetivo aos sentimentos que o orador vai revelando, especialmente a uma memória dolorosa;</li> <li>- Ter uma atitude de aceitação, não julgando a pessoa mas sim, mostrando que entendeu e que respeita o que disse;</li> </ul> <p>Fazer com que o idoso se lembre daquilo que contou, a fim de fazer com que este se sinta que vale a pena falar com o técnico que está a implementar a (s) atividade (s);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter um bom senso de humor: criar um bom ambiente, em que se partilhe o lado bom dos acontecimentos, deliciando-se com o inesperado e bizarro.</li> </ul> |
| Adaptabilidade                          | Estar disposto a mudar os planos de forma rápida e ir ao encontro dos interesses dos idosos, dando-lhes a oportunidade de comunicar ao invés de ficar só com um tema específico ou uma atividade a realizar.  |
| Estratégias de conversação e cooperação | - Falar a um ritmo que coincide com o do utente, fazendo pausas entre o diálogo.  |
| Imaginação                              | Ter criatividade na expressão de memórias.  |

*Tabela 2 - Atitudes a ter em conta no trabalho de Reminiscência (SCHWEITZER, P. & BRUCE, E., 2008)*

Seguidamente, e após as atitudes já mencionadas, encontram-se as técnicas de reminiscência. Quer umas, quer outras serão adotadas na intervenção e aplicação do projeto. Assim, as técnicas de recurso são:

- Uso de ferramentas de trabalho como um estímulo - por exemplo um determinado objeto que poderá trazer de volta memórias, devido à forma como a pessoa o sente e olha.
- Fotografias - podem ser usadas para desencadear memórias pois estas revelam detalhes que normalmente não são visíveis e muitas vezes estes são necessários para alcançar uma memória. São instrumentos relevantes para uma história de vida, como por exemplo, a rua onde nasceu, o local de trabalho, a primeira ida ao cinema, ocasiões familiares, fotos de casamentos, fotos da escola, fotos de passeios, entre outras.
- Cheiros - podem ser agradáveis ou desagradáveis, mas que podem ser um meio muito eficaz de estimular recordações. Podem ser, por exemplo, flores, legumes, ervas ou perfumes, que podem evocar o início de experiência de vida, entusiasmos da vida, a infância, memórias da vida familiar, rotinas e rituais.
- Gostos ou sabores - podem ser coisas simples como doces antigos ou tradicionais. A família pode ser muito útil nas atividades que ilustrem esta técnica, pois a pessoa pode lembrar-se dos alimentos favoritos e aí poder desencadear o lembrar de receitas que antigamente a tinha.
- Toque e textura – as mulheres em outros tempos manipularam tecidos e costuraram roupas. Ao dizerem-se os nomes dos tecidos e explorarem-se os moldes antigos e tradicionais, podem-se trazer de volta muitas recordações, como, por exemplo, a lembrança do local onde se compraram as roupas no passado.
- Música – recordar as bandas favoritas de tempos anteriores ou até mesmo sons que lhes são agradáveis e estão associados a memórias de ocasiões sociais, dias significativos ou relacionamentos. Ao cantarem-se canções conhecidas em grupo, as mesmas podem ajudar a construir um senso de identidade de grupo e de pertença. As pessoas com demência, mesmo tendo dificuldade no seu discurso, muitas vezes lembram-se das palavras das canções e gostam de cantar.
- Dança – o corpo possui uma memória de passos, movimentos e ritmos. A pessoa ao dançar pode encontrar um grande prazer da sua vida passada, recordando momentos festivos, casamentos ou até mesmo os inícios de relacionamento.
- Palavras e frases – existem memórias espontâneas que vão surgindo em conversas entre o cuidador e a pessoa com demência. Ao gravarem-se essas conversas, por exemplo, e a pessoa com demência ter acesso a nova audição, isso irá estimular

essas memórias de momentos passados e que lhe foram bastante agradáveis; o mesmo acontece através do registo de provérbios populares em cartolinas e mostrar à pessoa, desconstruindo o seu sentido.

- Escrever – algumas pessoas ainda gostam de escrever e outras apreciam bastante que alguém esteja a escrever para elas. Ao escrever algo, como por exemplo uma mensagem, durante um exercício de reminiscência, a pessoa com demência pode expressar sentimentos.
- Poesia – algumas pessoas aprenderam poesia enquanto andavam na escola e ainda hoje a sabem de cor ou vão-se lembrando de alguns excertos. Lembrar esses poemas e citá-los em grupo poderá fazer renascer um conjunto de sentimentos aos participantes, podendo até mesmo haver lembrança de outros poemas e construção de semelhantes.
- Rádio e televisão – ouvir a rádio e fazer relembrar em grupo as (tele)novelas; ver televisão não só para assistir a programas televisivos da manhã ou da tarde, mas também assistir a filmes antigos, por exemplo.
- Programas de computador – existem programas de computador que podem ser projetados para ajudar na reminiscência, no intuito de estimular a conversa entre o cuidador e a pessoa com demência.
- Visitas – vale a pena fazer o esforço para que as pessoas visitem lugares em que já foram felizes, como por exemplo, a escola, o local onde dançavam, o local onde casaram, visitas a museus que foram visitados em tempos, e espaços da vida quotidiana passada. Quanto aos museus e locais visitados, existem pessoas que trouxeram lembranças desses locais e seria importante reunir essas lembranças e partilhá-las em grupo.
- Trabalho intergeracional – a transmissão de saberes e a experiência de vida entre gerações, nomeadamente idosos e crianças, trarão bastantes benefícios quer para uns quer para outros.
- História – as pessoas que agora têm demência viveram os principais acontecimentos do século XX, como a II Guerra Mundial, o período de austeridade, o 25 de Abril. As pessoas idosas ao relatarem estes acontecimentos vão desencadear memórias de outras pessoas que já não se lembram ou que se lembram mas que gostariam de partilhá-las.

- Linguagem – a linguagem (as palavras) que usamos no dia-a-dia pode ser diferente da das pessoas idosas e não se revestir de significado para nós, mas não deixa de ser importante estarmos cientes do que essas palavras representam para o idoso pois muitas vezes representam a sua cultura.
- Trabalho entre culturas – precisamos de reconhecer a importância do contexto cultural das diferentes pessoas que se encontram na instituição. A cada cultura estão associados significados como comemorações, frases, canções, orações, saudações, celebrações e rituais. É importantíssimo ter isso em conta no trabalho de reminiscência e adotar alguns costumes ainda não adotados na instituição.
- Tornando/organizando os produtos reminiscência – a elaboração de livros de histórias de vida, caixas de memórias ou colagens podem ser ferramentas de trabalho de reminiscência, pois podem ajudar membros da família ou até mesmo cuidadores e servirão como um estímulo para a conversa com outras pessoas.

## **PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

## **1. OBJETIVO E ETAPAS DO PROJETO**

Para o desenvolvimento de um projeto de intervenção social, é necessário, primeiramente, conhecer e analisar a realidade em questão. Cembranos (2007) refere que é um processo onde se conhece a realidade e as pessoas que dela fazem parte para, posteriormente, se transformar.

Neste percurso, é necessário contruir uma relação de diálogo, envolvimento, empatia e participação entre o investigador/ técnico e os utentes. Portanto, devem-se potenciar as capacidades das pessoas, motivando a sua criatividade, o seu questionamento de forma a perspetivarem, sonharem com outra realidade, com outras opções (Cembranos, 2007).

Este projeto foi delineado em duas partes, tendo sido definidos objetivos para cada uma. Esses objetivos encontram-se definidos seguidamente:

### *Parte I*

- Elaborar uma atividade dirigida a idosos e baseada na fotoelicitación com o intuito de promover a expressão e a partilha das suas experiências de vida;
- Validar empiricamente a atividade criada através da sua implementação junto de um grupo de idosos institucionalizados;
- Analisar os resultados obtidos através da análise das narrativas dos idosos sobre as diferentes dimensões da qualidade de vida.

### *Parte II*

- Desenvolver um projeto de intervenção com base nos resultados obtidos na atividade desenvolvida.

## **Etapas e estrutura da intervenção**

A intervenção do projeto foi constituída por 3 sessões, distribuídas em 2 dias da semana, à escolha dos utentes. Cada sessão teve um período de duração de 30 a 60 minutos. Primeiramente, antes da realização das sessões, tiveram-se em conta os seguintes passos:

1. Conhecer cada utente e, sobretudo, conhecer a sua respetiva história de vida e o seu dia-a-dia na instituição;



2. Dar a conhecer o projeto, os seus objetivos e o intuito do mesmo;
3. Saber quais os dias em que os utentes gostariam que as sessões fossem realizadas.

Posteriormente, e concluídas as etapas anteriores, antes da realização da primeira sessão foi necessário:

1. Elaborar quatro fichas compostas por duas fotografias cada uma, relativas ao tema da atividade a realizar;
2. Reunir os equipamentos e recursos necessários para a realização da atividade e avaliação da mesma;
3. Definir grupos de utentes mistos: pessoas do sexo masculino e feminino.

### **A instituição Centro de Bem Estar Social de Reguengo**

O Centro de Bem Estar Social de Reguengo é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, que visa prestar assistência a pessoas idosas, através das respostas sociais Centro de Dia e Apoio Domiciliário. Está inserida na freguesia de Reguengo, pertencente ao distrito de Portalegre.

Atualmente, nesta instituição, estão 19 utentes em centro de dia, em que todos possuem apoio domiciliário, sendo a alimentação e a higiene pessoal que mais prevalecem. Alguns utentes têm dificuldades na mobilização, sendo necessária ajuda por parte de auxiliares.

## **2. METODOLOGIA DE DIAGNÓSTICO**

Como metodologia de diagnóstico, foi utilizada a fotoelicitación de modo a validar empiricamente uma das atividades pertencentes a este projeto de intervenção.

A fotoelicitación é um método de investigação de natureza qualitativa, que permite capacitar os participantes a refletirem sobre os seus problemas e potencialidades, de modo a promover o diálogo sobre temas relevantes (Carvalhais & Sousa, 2013).

O uso de uma fotografia ou de várias fotografias permite ao grupo expressar as suas experiências e compartilhar as mesmas através de narrativas. Esta metodologia de investigação-ação participativa é utilizada como ferramenta de intervenção e/ou instrumento de investigação em projetos de cariz social, que procuram dar voz a populações mais desfavorecidas (Araújo, Figueiredo, Amante & Ribeiro, 2015).

Uma fotografia pode representar uma pessoa, nomeadamente, o seu percurso biográfico, conhecimentos ou até mesmo realidades em que esta se encontra. Os indivíduos são criadores de cultura e capacidade crítica para refletirem acerca dos problemas que os afetam diariamente. Portanto, recorrer ao uso desta metodologia irá estimular a memória do indivíduo, através da narração como, por exemplo, falar das suas preocupações, das suas experiências e/ou até mesmo vivências (Souza, 2013).

A fotografia é um objeto que pode retratar dimensões sociais, familiares e coletivas e também é considerado um potencializador de memória e um reconstrutor de um passado que está imortalizado. Logo, através da fotografia e da narrativa consegue-se perceber e obter informações do indivíduo acerca da vida social, nível de saúde, vida familiar, entre outras (Souza, 2013:49). É um método que nos permite perceber quais as preocupações do indivíduo, como assuntos relativos à saúde e bem-estar, e que, através de perguntas semiestruturadas, referentes a uma determinada imagem ou fotografia, conseguir-se-á obter essas informações e, desse modo, facilitar o trabalho do profissional envolvente (Baker & Wang, 2006).

Outro método que também tem por base o uso de fotografias é o *photovoice*, que segundo Andonian & MacRae (2011) é utilizado há mais de 10 anos na capacitação de comunidades que não são ouvidas e foi desenvolvido na saúde no intuito dessas comunidades expressarem a sua experiência e compartilhá-la com outras pessoas. São também utilizadas fotografias acompanhadas por narrativas.

Num estudo realizado por Andonian & MacRae (2011), a adultos com mais de 55 anos de idade e que vivem sozinhos, utilizou-se como metodologia o *photovoice*. Foi solicitado aos participantes que fotografassem pessoas, lugares e coisas que evidenciassem a sua participação social. Seguidamente, após reunirem-se todas essas fotografias, foi solicitado aos participantes que selecionassem 3 fotografias favoritas, ou seja, as que fossem mais significativas para cada um. Os participantes tiveram que atribuir um título/ categoria a cada fotografia e, de seguida, descrever cada uma. Na opinião destes autores, as categorias que podem ter impacto na participação social dos mais velhos são as seguintes: a conexão com pessoas com diversidades, a expressão de valores através do voluntariado, a disponibilidade de acesso a determinados recursos, o estilo de vida saudável e ativo, atitude positiva, relacionamentos e reconhecimento de pares. Foram executadas entrevistas, gravadas em áudio, a cada um dos intervenientes e foram transcritas as mesmas para suporte de papel. Os autores deste estudo concluíram que estes indivíduos são capazes de descrever o que necessitam, dando ideias de como manter a sua participação social ao longo do processo de envelhecimento. Estes participantes identificaram estratégias de participação social, tais como atividades comunitárias, voluntariados e referiram desafios para a manutenção dessa participação social, como por exemplo, transportes públicos seguros.

Nesta proposta de projeto, utilizou-se a fotoelicitación como metodologia de diagnóstico, utilizando-se imagens como estímulo ao discurso dos idosos. Ao longo das sessões, procurou-se que os idosos estabelecessem uma relação entre as imagens visualizadas e a suas experiências de vida, contribuindo assim para um trabalho participativo e colaborativo.

### **A organização das sessões**

A preparação das sessões com idosos que constituíram a atividade designada por “Qualidade de Vida” foi organizada tendo em conta o conceito de qualidade de vida nos moldes em que foi definido e operacionalizado segundo a definição designada pela Organização Mundial de Saúde (Whoqol Group, 1993, 1995, 1998). Este conceito de cariz subjetivo e de natureza multidimensional enquadra-se no contexto cultural e sistema de valores em que os indivíduos determinam, não só os seus objetivos, expetativas, mas também os seus receios e preocupações, englobando, assim, dimensões diversas como a saúde física, o estado psicológico, as relações sociais e as características envolventes do

meio ambiente. Seguidamente, selecionou-se um conjunto de fotografias que procuraram englobar os seguintes domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Para cada um dos domínios da qualidade de vida foi elaborada uma ficha fotográfica, num total de quatro. Cada uma das fichas contém duas imagens retratando realidades relativas à vivência da velhice em cada domínio.

No domínio físico, procurou-se perceber como no discurso dos idosos surgiam espontaneamente temas relacionados com a maior ou menor capacidade de realização de atividades de vida diária, a dor e o desconforto ou a fadiga e a energia. Na ficha relativa ao domínio físico, constam uma foto de idosos realizando atividade física e uma foto de um idoso com dificuldades de locomoção utilizando meios auxiliares de marcha.

No domínio psicológico, constam na ficha duas fotografias que retratam um idoso rindo e um idoso triste. Procurou-se neste domínio evocar questões como a tristeza, a autoestima ou os sentimentos negativos e positivos.

Na ficha relativa às relações sociais, visou-se a abordagem das relações pessoais, do isolamento e do suporte social, através de uma fotografia de idosos que convivem socialmente e uma fotografia que retrata um idoso sozinho.

Por fim, no que diz respeito ao domínio relativo ao meio ambiente, procurou-se apreciar no discurso dos participantes referências ao seu sentimento de segurança física, ao ambiente do lar e aos recursos financeiros. Na ficha referente a este domínio constam uma fotografia de um idoso que vive numa habitação com pouca segurança física e num ambiente um pouco desorganizado e uma fotografia de uma idosa que vive em condições contrárias à do idoso descrito anteriormente.

Pretendeu-se, com estas fichas, a estimulação dos idosos através de elementos que evocassem o seu quadro de referência individual, respeitando a sua linguagem e as suas características mentais. Foram realizadas três sessões de grupo misto (1ª sessão – 5 participantes; 2ª sessão – 4 participantes; 3ª sessão – 3 participantes) com 12 idosos, tendo-se tido sempre em conta, ao longo da investigação, o cumprimento dos requisitos éticos que devem regular a prática científica e profissional. Todos os participantes participaram de forma voluntária e foram previamente informados do propósito das sessões, tendo-lhes sido dada a possibilidade de abandonar a investigação em qualquer altura e sem qualquer prejuízo pessoal.

Em cada sessão foi solicitado aos idosos que observassem cada uma das quatro fichas (tendo cada idoso um conjunto dessas fichas) e que, individualmente, escolhessem aquela que melhor ilustrava a velhice. Após a escolha, foi pedido a cada participante que

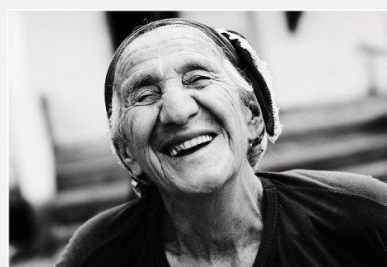
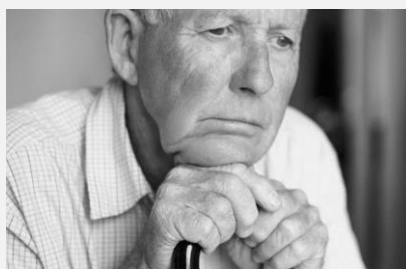
justificasse ao grupo a sua escolha, possibilitando-se, simultaneamente, o debate em torno das escolhas e da justificação das mesmas. Cada sessão teve uma duração aproximada de uma hora, sendo muito bem acolhida por parte dos idosos participantes.

Para a realização das sessões, recorreu-se ao auxílio de um gravador, de modo a facilitar-se a transcrição dos diálogos e, posteriormente, a análise do diagnóstico e obtenção de resultados. A análise e apresentação dos resultados encontram-se descritos no tópico seguinte.

#### **Fotografias relativas ao domínio físico**



#### **Fotografias relativas ao domínio psicológico**



#### **Fotografias relativas ao domínio das relações sociais**



#### **Fotografias relativas ao domínio do ambiente**



*Tabela 3 - Fotografias relativas a cada domínio da qualidade de vida, utilizadas nas sessões.*

### **Resultados do diagnóstico**

O uso de fotografias permitiu ao público-alvo expressar as suas experiências e vivências, mais propriamente aspetos relacionados com a sua qualidade de vida, compartilhando-as através de narrativas, tendo tal facto permitido ao profissional interpretar as mesmas e apreciar o conteúdo referente a este tema tão significativo. Uma primeira leitura remeteu-nos para a sensação de serem pouco interessantes, mas ao analisá-las mais atentamente, as mesmas conseguiram proporcionar uma reflexão, obtendo-se, assim, informação enriquecedora para os técnicos superiores de serviço social, de saúde e de gerontologia.

Numa primeira análise, em geral, os idosos referiram aspetos que caracterizam “o que é ser idoso?” e aspetos sobre a sua qualidade de vida, tendo em conta as fotografias apresentadas aos mesmos. A título de exemplo, em relação aos aspetos que caracterizam o idoso, tomemos os seguintes casos:

“É ter pouca mobilidade (...) é estar com um ar cansado (...) poder sair, ir dar um passeio ao sol...voltar para casa bem disposto”

(Idosa A, 68 anos, solteira, vive sozinha)

“...este é idoso porque leva uma bengala (...) idoso tem de ser velho e tem de usar uma bengala”

(Idoso H, 84 anos, solteiro, vive sozinho)

“Porque são velhotes...iguais a nós”

(Idosa K, 85 anos, viúva, vive com a filha)

No que diz respeito à dimensão física do conceito de qualidade de vida, nestes relatos o aspeto físico, a independência e a autonomia ganham relevo no discurso destes idosos, como no caso seguinte:

[Observando uma das fotografias que retrata um casal idoso na via pública, sendo que um deles puxa um carrinho de transporte de compras] “estão a cuidar da vida, a fazer as suas compras...e isso é muito bom...é o que falta a mim! Não ando...o que me dá muito desgosto (...) tenho um grande desgosto nem puder ir com o carrinho...eu gostava muito de fazer as minhas compras...quando casei, foi o mais difícil que se tornou...porque não estava habituada a fazer compras...era a minha mãe...mas aprendi muita coisa...mas quando casei, não sabia ir à praça...sentia-me perdida, sentia-me desencontrada do mundo em que eu vivia...depois habituei-me...e hoje o mais desgosto que me dá é não puder fazer as minhas compras...dá-me muito desgosto (...) eu sinto-me independente, mas sou dependente...sinto-me independente no meu pensamento (...) ainda vou fazendo algumas coisas, agarrada a isto, agarrada áquilo...mas vou fazendo...sujeita à consequência que todos sabem...a dar trambolhões”  
(Idosa J, 81 anos, viúva, vive sozinha)

Neste relato, a idosa baliza a sua vida independente e autónoma na capacidade de realizar uma atividade de vida diária, o de realizar compras, o que marca subjetivamente as fronteiras entre a juventude, a idade adulta e a velhice. Portanto, pode-se dizer que a independência e a autonomia demarcam o discurso desta idosa, tratando-se da perceção que esta tem sobre a sua qualidade de vida e sendo estas as mais importantes. Carvalho (2013) refere que a qualidade de vida pode significar o modo como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano e no discurso da idosa J verifica-se isso. O medo de queda também está presente neste discurso, o que poderá limitar a realização de atividades de vida e conduzir à imobilidade. Como Cordeiro *et. al* (2014: 548) nos dizem, “a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados”. Este discurso é prova disso, ou seja, dá pistas ao profissional de como poderá

intervir, favorecendo a manutenção da mobilidade e prevenindo o agravamento da situação, nomeadamente, situações de dependência.

Com este excerto do relato anterior, exemplifica-se a riqueza da narrativa que se gera em torno da fotografia. O propósito desta atividade foi identificar os elementos mais relevantes para os idosos sobre as fichas que lhes foram mostradas nas sessões. O relato dos idosos foi transcrito e trabalhado de modo a sujeitá-lo aos procedimentos de análise de conteúdo, seguindo a lógica inerente à análise qualitativa (Guerra, 2006), com o propósito de interpretar e reconstruir o sentido da narrativa. Para analisar melhor as narrativas foi elaborada uma grelha de análise de conteúdo destas, tendo por base os domínios da qualidade de vida considerados para esta investigação (domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente).

Da análise de conteúdo realizada sobre as narrativas, foi possível identificar elementos que sobressaem no discurso dos idosos e que se tornam relevantes para a forma como concebem a sua qualidade de vida.

Seguidamente, e ainda referente ao domínio físico, destacam-se a capacidade de locomoção e de realização das atividades de vida diária, que são as competências mais nomeadas pelos idosos que decorrem discursivamente da análise de fotografias.

“Enquanto eu puder andar, fazer as minhas coisinhas da escola e mandar em mim, porque ninguém manda em mim...já estou contente...quando alguém mandar em mim, ficarei triste...mas agora não mandam...eu é que mando em mim...não me afeta ser velha...”  
(Idosa B, 84 anos, viúva, vive sozinha)

A dificuldade em executar as atividades quotidianas é acompanhada da consciencialização da necessidade de depender de outro para a sua realização. A autonomia funcional constitui um fator importante de independência individual que permite a autodeterminação e o controlo sobre a própria vida. No discurso destes idosos, a liberdade de ação e de decisão surgem invariavelmente ligadas à capacidade de locomoção. Deste modo, o risco de comprometer a qualidade de vida no domínio físico surgem associadas à doença e à imobilidade:

“A velhice não faz mal. O que faz mal é a doença (...) a doença é que faz mal...se não tivesse sido isto que me deu estava boa... [É



questionada por outra idosa – “O que é que lhe deu?”]...Eu estive ali internada 3 meses...para recuperar...pareço um robô a andar”

(Idosa C, 81 anos, viúva, vive com o filho e a nora)

“Isto é assim...a gente não faz ginástica porque somos malandros...ainda agora um dia destes, a doutora...tivemos aí a fazer uma ginasticazinha...aquilo que fizemos com ela também podíamos bem fazer sozinhos, a gente é que não faz caso...eu sei e até é bom para a gente, só que a gente somos malandros...não fazemos caso...nós entregamo-nos a isto e é cada vez pior...eu agora estou mais preso, mas quando a gente vê que o tempo está bom, vou ali para fora, sento-me pr’ali...agora uma pessoa está sempre aqui sentado todo o dia, é sempre só para pior...”

(Idoso H, 84 anos, solteiro, vive sozinho)

O domínio da qualidade de vida que mais se evidencia seguidamente, no discurso dos idosos, é o domínio das relações sociais. Na maioria das situações, é referida a diminuição da vida social. É importante lembrar que neste domínio encontram-se inseridos as redes familiares e de amigos, em que ambas produzem diferentes efeitos na qualidade de vida dos idosos, tendo um efeito mais positivo as redes de suporte de amigos e vizinhos. Nos discursos, esta quebra de laços sociais associada ao processo de envelhecimento está, igualmente, associada às dificuldades de locomoção:

“Quando podia andar, tinha amigas em que ia a casa delas...agora deixei de andar...”

(Idosa C, 81 anos, viúva, vive com o filho e a nora)

A rutura de laços afetivos e, em particular, a vivência do luto acarretam, na generalidade das situações, repercussões emocionais. Segundo Paúl (2017), o casamento é uma ligação afetiva que favorece o processo de envelhecimento. Quando existe uma quebra deste laço, acontece também uma quebra de rotina, como se pode evidenciar no exemplo seguinte:

“Antes do meu marido partir...e mesmo quando ele estava e que tinha de me esforçar um bocado...sinto falta disso! Sinto falta dele mesmo doente...era uma rotina que eu tinha, uma preocupação...quando me levantava era ele primeiro a ser tratado...quando ele faleceu, houve um dia depois, quando acordei às 8h da manhã, acordei sobressaltada porque estava naquela ideia que ainda não tinha tratado dele...não, não chorei...vivi...e hoje revivo esse passado, mas...sem dor...trabalhava muito, fazia muita coisa...é a vida...é a sinceridade...”

(Idosa J, 81 anos, viúva, vive sozinha)

O domínio psicológico da qualidade de vida surge no discurso destes idosos associado ao domínio físico e ao domínio das relações sociais. É destacado o sentimento de solidão e tristeza pela incapacidade de se ir onde se quer. O desejo de estar noutro lugar, de ter uma condição diferente encontram-se presentes no discurso dos idosos:

[Observando uma das fotografias apresentadas, relativas a este domínio e referindo-se ao facto de se sentir triste] “estar assim com um dia destes assim [chuvoso] ...e pensar que podia estar na rua ao sol e ter que estar aqui parado (...) Eu gostava de estar ao pé das minhas irmãs mas elas...casaram, estão em Lisboa só vêm cá de vez em quando, e então...o facto de elas estarem longe não me afetou nada...eu estou cá no meu cantinho...às vezes elas vêm cá ou eu vou lá, conforme...e como haverei de explicar...nós só precisamos é de convívio, de não estar em casa sozinhas...que é o que afeta um bocadinho”

(Idosa A, 68 anos, solteira, vive sozinha)

A quebra de laços familiares também está presente nos relatos dos idosos, que são acompanhados de ressentimento, da ideia de abandono e do sentimento de solidão:

“Eu vim para aqui 3 ou 4 meses...perguntei aos meus filhos...o que é certo é que já cá estou há um ano e meio e os meses já passaram...ah pois...ainda lhe tenho que dar o recado: até quando é que passa os 3 ou 4 meses”

(Idosa E, 76 anos, viúva, vive sozinha)

“Às vezes sentimo-nos sós...os filhos não querem saber dos pais, como infelizmente está a acontecer...”

(Idoso G, 74 anos, casado, vive com o cônjuge)

Por último, no domínio do ambiente envolvente ao idoso destaca-se, sobretudo, a referência a alterações que ocorreram no domicílio e que decorrem da necessidade de adaptar o espaço às limitações associadas ao processo de envelhecimento:

“...se for ao meu quarto também não parece o meu quarto...porque tenho de ter tudo a jeito em cima das cadeiras, roupa...porque quando me levanto de manhã, não consigo ir ao roupeiro buscar a roupa...tenho que deixar alguma em cima de uma cadeira para me vestir e para me calçar (...) Nem a minha cozinha parece a mesma...está tudo ali a jeito...tenho de ter tudo ali em monte...o que me faz falta, tenho de estender a mão...sentar-me muitas vezes numa cadeira (...) custou-me muito porque eu tinha sempre tudo arrumadinho...qualquer pessoa que lá vá está sempre a dizer-me para não me importar de estar tudo desarrumado e para pôr tudo a jeito...arrumada já foi...”

(Idosa J, 81 anos, viúva, vive sozinha)

Em geral, no discurso dos idosos, estimulado pela discussão em torno de fotografias, evidenciou-se um conjunto de elementos relevantes para os idosos e que afetam a sua qualidade de vida. Para além disso, foi possível interpretar e apreender que estes idosos sugeriram “pistas” de estratégias de intervenção por parte dos técnicos que, em sua opinião, são tomadas como relevantes para a sua qualidade de vida como também, para qualquer idoso que se encontre em contexto de lar ou centro de dia:

“(...) nós temos que estar em convívio, conversar, distrair (...) o que interessa é estarmos sempre distraídas, cá ou lá...”

(Idosa A, 68 anos, solteira, vive sozinha)

[Foi questionado ao idoso o porquê de ter escolhido a fotografia em que se encontram quatro idosos em convívio e a jogar às cartas] “é o que nos fazia falta num lar, num centro de dia...ter um convívio, jogar às cartas...para não estarmos sempre a pensar na vida e assim a gente distraía-se e tínhamos mais convivência uns com os outros...uma pessoa distraia-se e não estava a pensar na vida...é uma distração e é muito importante, para a nossa idade é muito importante...porque estar sempre a pensar no mesmo é mau”

(Idoso G, 74 anos, casado, vive com o cônjuge)

“O exercício físico faz falta para tudo...para desenvolver o corpo, não é só isto ou aquilo...é o corpo todo”

(Idoso H, 84 anos, solteiro, vive sozinho)

“Aqui no domínio físico devíamos de fazer um pouquinho...devíamos de fazer mais exercício (...) Para não ficarmos enferrujados...uma vez por semana ou duas, ajuda muito (...) só mesmo para conseguirmos andar...”

(Idoso I, 69 anos, divorciado, vive sozinho)

No discurso destes idosos, verifica-se a necessidade de haver uma maior existência de atividade física no contexto em que passam mais tempo diariamente e a importância do convívio entre grupos.

O Serviço Social enquanto profissão e disciplina científica da área das ciências sociais dá importantes contribuições para a intervenção com as pessoas idosas e, como nos diz García & Jiménez (2003), este “encarrega-se de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e de como conseguir que essas pessoas assumam uma ação organizada, tanto preventiva como transformadora”. No campo da velhice, esta profissão tem como objeto de intervenção a pessoa idosa, que se encontra em interação com o meio, que vive numa situação com determinadas necessidades, pretendendo melhorá-las e desenvolver potencialidades numa perspetiva positiva (Carvalho, 2013). Portanto, é importante “explorar” elementos relevantes que condicionam a qualidade de vida dos idosos, pois, muitas vezes, nos primeiros contactos com o utente, esses elementos não são revelados, o que condiciona

de certa forma a intervenção do Assistente Social e ao utilizar estratégias de intervenção adequadas, conseguem-se obter esses elementos não revelados. Logo, ao realizarem-se/implementarem-se atividades deste género, recorrendo à fotoelicitação, por exemplo, remeter-se-á para uma intervenção positiva por parte do profissional e deste modo, conseguir-se-á contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso.

### **3. DEFINIÇÃO E PLANEAMENTO DE ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO**

Após a realização do diagnóstico e de se compreenderem/inventariarem quais os problemas inerentes à realidade e às pessoas nela integradas, é então realizada a planificação.

Segundo Cembranos (2007: 65), a planificação tem em conta o ponto de partida para que o investigador e os atores sociais idealizem e projetem a realidade desejada e “refere-se sempre ao futuro, é um desenho prospetivo para a ação”, procurando o melhor caminho para a transformação social. Deste modo, há que ter em atenção as oportunidades, as potencialidades e as alternativas possíveis, refletindo e traçando novos caminhos de ação e mudança.

A realização do diagnóstico, da análise de resultados e de reflexão dos mesmos foram de extrema importância, pois auxiliaram na execução da definição e planeamento de atividades deste projeto de intervenção.

As atividades que definem este projeto de intervenção destinam-se a pessoas com mais de 65 anos (idosos), que se encontram em Centro de Dia ou em contexto de Lar e que queiram voluntariamente participar, tomando-se o cuidado, neste caso, de perguntar a cada utente se quer realizá-las ou não. As atividades encontram-se descritas seguidamente.

#### **Atividade 1 – “Caminhar e Relembrar”**

Esta atividade surgiu da ideia dos discursos dados pelos idosos, pois neles esteve muito presente a necessidade de realizarem uma atividade física:

[O idoso está a observar as imagens relativas ao domínio físico e é-lhe questionado sobre a importância de estar em movimento e porquê]  
“pois com certeza...porque parado ninguém resolve nada (...) Para desenvolver o corpo...porque desenvolve-se o corpo todo, não é...”  
(Idoso H, 84 anos, solteiro, vive sozinho)

[Depois de ter feito a escolha das imagens relativas ao domínio das relações sociais, o idoso refere o que na sua opinião faz falta num lar]

“(...) ter um convívio (...) para não estarmos sempre a pensar na vida e assim a gente distraía-se e tínhamos mais convivência uns com os outros...”

(Idoso G, 74 anos, casado, vive com o cônjuge)

De um ponto de vista concetual, andar e pensar sobre a cidade e na cidade é fundamental e trata-se também de uma metodologia a ser utilizada pelo investigador, pois o grupo em questão ao ver, ouvir e sentir a cidade reconstroem e vivenciam memórias, potenciando assim um espaço de recordações, vivências e histórias de vida (Fernandes, 2009).

Existem lugares privilegiados que podem potenciar a memória do idoso, pois fazem parte da sua história de vida. Como por exemplo as escolas, já que delas fazem parte memórias, recordações e conceitos de cultura escolar, património e herança educativa. Conservar, conhecer, criticar e comunicar essa herança é, nos dias de hoje, indispensável nas nossas sociedades. Os acontecimentos passados registam as suas marcas no espaço físico, social, cultural, bem como na corporeidade e na consciência individual. Com isto torna-se possível revisitar o passado e construir cadeias temporais, que estruturam a percepção e a memória, uma vez que o passado permaneceria inacessível (Felgueiras, 2005).

As memórias coletivas, constituídas pelas memórias em grupo são múltiplas e têm como função manter a identidade do grupo. O esforço de evocação entre o passado e o presente e as memórias geram uma forma de apresentação da pessoa. O património é visto com um espaço de vida, organizado e edificado, povoado por conjuntos de objetos portadores de formas, imagens, significados e valores.

Correia & Justo (2010) referem no seu estudo que o resgate e a comunicação das experiências dos idosos possibilitam a criação de um espaço de interlocução de memórias. O papel que muitas vezes é atribuído ao idoso é a pessoa que conta histórias de um passado considerado longínquo, seja da família, da cidade ou acontecimentos que marcaram uma determinada geração. Ou seja, é uma pessoa que vive de lembranças significativas, que gosta de relembra-las e de degustar os anos que já passaram. Assim, ao permitir que o idoso transmita as suas recordações, em contexto cultural, a narrativa desencadeia-se de forma diferente e o mais importante, possibilita uma memória mais ativa. Deste modo, consegue-se ter de volta o sentimento de pertença a uma história e o

sentimento de que se teve uma participação significativa no processo de construção de uma sociedade, por assim dizer.

É também importante garantir e preservar os Direitos Humanos de cada cidadão, não esquecendo que o contributo da pessoa idosa na vida pessoal, familiar e/ou profissional de cada um de nós é essencial. O diálogo é o instrumento a privilegiar e o melhor estímulo para derrubar o idadismo e para o edificar de um futuro, ou seja, uma forma a valorizar o tempo intermédio e não o tempo que marca o início ou o fim da vida (Felgueiras, 2005).

Partindo destas reflexões, definem-se para esta atividade os seguintes objetivos:

- Promover a qualidade de vida, quer a nível do domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;
- Fomentar as inter-relações;
- Criar momentos de partilha, diálogo e participação, de modo a valorizar a memória;
- Relembrar momentos significativos da história de vida, desde a educação intergeracional, cidades ou patrimónios materiais ou imateriais.

#### *Descrição da atividade e modo de preparação:*

Esta atividade não se baseia numa simples caminhada. O intuito é formar um grupo único ou vários grupos (no caso de serem mais de 25 idosos) e em conjunto, com o auxílio de técnicos e auxiliares, elaborar um roteiro à escolha, no qual estejam incluídos pontos turísticos mais emblemáticos da região e referidos os pontos de paragem, para se poder descansar. Os pontos turísticos podem ser monumentos, igrejas, jardins, escolas ou até mesmo espaços ou ruas, desde que tenham significado para os idosos e, sobretudo, que tenham marcado a sua história de vida.

Em cada ponto turístico e paragem é solicitado aos elementos do grupo que partilhem entre si algumas histórias de vida de acordo com o que vão observando durante a caminhada. Esta atividade poderá ter um espaço de duração de 30 a 40 minutos e poderá ser repartida em 3 ou 4 sessões ou mais, podendo haver alterações consoante as preferências dos participantes.



## **Atividade 2 – “Oficina de Teatro com Idosos”**

Com o aumento mundial da longevidade e do aumento da população idosa, existe cada vez mais a necessidade de oferecer a este público alternativas de atividades que provoquem um impacto positivo na sua qualidade de vida. Barros (2014) refere a importância e o papel do teatro na terceira idade, que promove um estado de atividade individual ao nível físico, mental e social, e que permite a autovalorização do idoso. Deste modo, o teatro, espaço de representação, sentidos e expressões passa a ser uma recriação de vivências, de lembranças, constituídas por significados que são expressas de forma lúdica. Este autor ainda refere que o teatro pode ser considerado um elemento revelador da maneira de pensar e agir do indivíduo e que é uma atividade que pode funcionar como veículo de transformações negativas em positivas. As histórias de vida, constituídas por ideias e vivências, podem ser pontos de partida para criar uma peça de teatro, ou seja, ao buscar essas histórias as mesmas podem ser colocadas em cena.

Barros (2014) refere que é importante criar uma autonomia onde os idosos possam desenvolver um trabalho teatral, potencializando as suas competências pessoais. É uma ideia partilhada por outros autores, como Coutinho (2008), que refere o teatro como uma terapia e que vem crescendo e fazendo diferença na vida de idosos. Para esta autora, o tempo impõe algumas limitações, mas também nos acrescenta em diversos aspetos, como em experiência, sensibilidade, sabedoria e, em alguns casos, coragem. O exercício da criação, seja de sons, imagens e movimentos, juntamente com o autoconhecimento, apresenta benefícios terapêuticos, quer a nível físico, psicológico e social.

Existem histórias que, ao longo do tempo, foram sendo conservadas na memória das pessoas idosas e isso vai-se refletindo na medida em que as pessoas se apercebem do momento e da relevância daquilo que está acontecendo na sua vida. Isto permite a reflexão que se faz da própria vida e a perceção de que o tempo impõe muitas mudanças, as quais o idoso tem de se defrontar (Barros, 2014). Logo, o teatro, na terceira idade, é, portanto, um espaço de arteterapia e um espaço de resgate da memória social dos sujeitos que vivenciaram uma determinada época.

Desta forma, ao propiciar-se aos idosos uma atividade teatral que os faça pensar e repensar sobre a sua vida, através de um exercício de memória e de dramatização, está-se, no fundo, a valorizar as capacidades do idoso e a valorizar a sua autonomia para tal.

Para esta atividade, definem-se os seguintes objetivos:

- Estimular a memória;
- Experienciar sensações vivenciadas;
- Desenvolver uma sessão criativa que vivencie esses momentos – teatro.

*Materiais e recursos:*

Quaisquer materiais que os utentes achem importante fazerem parte da sua peça teatral, desde que relacionados com a infância e a vida familiar.

*Descrição da atividade e modo de preparação:*

Nesta atividade pretende-se que os idosos participantes, juntamente com os técnicos, escolham um tema relativo às histórias de vida dos utentes, ou seja, um momento pelo qual já passaram e que gostariam de revivê-lo. Em seguida, é importante elaborar um guião para que de alguma forma a história seja bem delineada, que tenha início, meio e fim. A elaboração do guião tem também o intuito de estimular a memória dos idosos, fazendo com que pensem e repensem sobre as suas vivências. Seguidamente, e após alguns ensaios, a peça de teatro deverá ser apresentada, em que se sugere que os idosos convidem alguns familiares para verem o teatro.

## **CONCLUSÃO**

O envelhecimento populacional do país é uma realidade e tem de se ter em conta que o ambiente institucional desempenha um papel importante no processo de envelhecimento. À medida que a idade avança a qualidade de vida diminui, pois, com o avançar da idade, existe uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das atividades da vida diária, mais isolamento e solidão.

O uso da fotoelicitación como metodologia e a narrativa que lhe está associada apresentam um interesse potencial no planeamento de uma intervenção social junto de populações específicas, como a população idosa, pois permitem o acesso aos quadros de referência dos indivíduos. A utilização desta metodologia foi bastante importante, pois foi como um ponto de partida para o desenvolvimento do mesmo. Os objetivos delineados para a primeira parte do projeto foram alcançados positivamente. Os idosos mostraram-se receptivos e à vontade para falar das suas experiências e histórias de vida, apesar de alguns não terem referido logo nos primeiros momentos das sessões. O grupo de participantes abordou aspetos relevantes que para estes são significativos para a sua qualidade de vida (ver transcrições em anexo).

Na atividade procurou-se que os idosos observassem as fotografias relativas a cada domínio da qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental) realizando simultaneamente questões, com uma atitude de escuta, de modo a conhecer quais as fotografias das respetivas fichas que para eles ilustram melhor a velhice e também de modo a ouvir as suas opiniões relativas ao tema.

Ao utilizar a narrativa no planeamento de intervenções, o técnico superior de serviço social deverá aceitar as reconstruções presentes na mesma, quer se trate da reordenação de sequências, quer se trate do rearranjar da própria existência do narrador. Segundo Elliott (2005), a narrativa pode ser entendida como a organização de uma sequência de acontecimentos de tal forma que o significado de cada acontecimento seja entendido através da sua relação com o todo. Ou seja, ao utilizar-se a fotografia como forma de estimular a discussão e a partilha num grupo de idosos, a organização e a sequência da narrativa favorecem o conhecimento do fruto das experiências de vida que o idoso considera relevantes. Deste modo, estimula-se, também, a relação entre conceções pessoais, ligando escolhas e acontecimentos passados.

Na segunda parte deste projeto (definição e planeamento de atividades de intervenção) teve-se em conta a metodologia de diagnóstico, a análise de resultados e reflexões, elementos estes desenvolvidos na primeira parte do projeto para de alguma forma dar um sentido a este. Como refere Serrano (2014) a metodologia desempenha um papel fulcral para desenvolver qualquer Projeto, pois o resultado final depende do processo, do método e do modo como se obteve os resultados. Logo, pode-se concluir que neste caso, a metodologia utilizada para desenvolver o presente Projeto de Intervenção foi a mais adequada.

É importante referir que a elaboração de projetos, tal como outro tipo de aprendizagens, é alcançada mediante a prática reiterada. Ou seja, é necessário elaborar e reelaborar o projeto e aplicá-lo, para que esta aplicação nos indique se a ação que é projetada se considera ou não apropriada. Portanto, é sempre possível melhorar e otimizar o trabalho que se realiza (Serrano, 2014).

O desenvolvimento de um projeto desta natureza pode vir a enriquecer a instituição e principalmente os utentes que dela fazem parte, pois favorece a integração do passado ao presente dos mesmos, especialmente os que apresentam algum tipo de demência. É importante, deste modo, fortalecer e valorizar a identidade dos idosos que se encontram em contexto institucional ou até mesmo em contexto centro de dia, promovendo assim a qualidade de vida através das histórias de vida e da reminiscência.

Ao falar-se de histórias de vida remete-se para um relembrar de momentos passados e que tiveram significado no percurso de uma vida de cada pessoa. Durante a investigação foi bastante gratificante conhecer os utentes que se encontram no Centro de Bem Estar Social do Reguengo, conhecer as suas histórias pois os idosos são pessoas que transmitem sabedoria e são transportadoras de vivências, que enriquecem o outro e ao ouvi-los, estes sentem-se mais valorizados.

Após a realização deste Projeto de Intervenção, relativo ao tema da Qualidade de Vida em Idosos, pode-se obter algumas reflexões que poderão servir como ferramentas futuras para as intervenções de técnicos que trabalham com este público-alvo:

- As intervenções relativas ao domínio físico devem ser delineadas de forma a permitirem orientar os idosos sobre a maneira como lidar com as alterações relacionadas com a capacidade de locomoção e de realização de atividades de vida diária, intervenções essas que devem respeitar sempre os hábitos e preferências dos idosos;

- No domínio psicológico, as intervenções devem visar a promoção de autoestima dos idosos através de atividades de reforço positivo;
- No domínio das relações sociais, é importante dar ênfase à manutenção dos contactos sociais;
- No domínio do ambiente, as intervenções devem contemplar ações educativas que esclareçam os idosos sobre ajudas técnicas, equipamentos adaptativos e formas de organização do espaço.

Portanto, na aplicação de um projeto desta essência, é necessário reunir um grupo de profissionais, como Animador Sociocultural, Gerontólogo, Assistente Social e Auxiliares, elaborar um plano de atividades consoante o público-alvo, aplicar esse plano e, consequentemente, fazer uma avaliação/ reflexão dos resultados obtidos e, se necessário, reformular esse plano de atividades, não esquecendo os interesses dos utentes que frequentam a instituição.

O presente projeto permitiu adquirir conhecimentos das várias etapas que o constituem e sobretudo, experiência na utilização da fotoelicitação junto de um grupo de idosos, conseguindo constatar as potencialidades enquanto estratégias de recolha de informação significativa e relevante para o planeamento de intervenções sociais. Este tipo de trabalho, do ponto de vista pessoal e profissional, teve um valor significativo não só pela oportunidade do contacto com pessoas idosas como também, pela aquisição de aprendizagens e experiências, que futuramente possam vir a ser ferramentas facilitadoras para uma boa intervenção social.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALMEIDA, H. (2001). *Conception set pratiques de la Médiation Sociale*. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.

AMARO, I. (2012). *Urgências e Emergências do Serviço Social – Fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Lisboa: UCP.

AMORIM, I.L., COELHO, R. (1999). Saúde, doença e qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica. Coimbra*, 3(20). 235-241.

ANDONIAN, L. & MACRAE, A. (2011). Well older adults within an urban context: strategies to create and maintain social participation. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 2-11.

ANDRADE, A. (2014). *Contextos e Prática do Serviço Social com Pessoas Idosas em Serviço de Apoio Domiciliário*. Projeto, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Mestrado de Gerontologia Social), Lisboa.

ARAÚJO, L., FIGUEIREDO, M., AMANTE, M. & RIBEIRO, E. (2015). As potencialidades do photovoice enquanto metodologia participativa na formação de Educadores Sociais. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 6 (Extr.), A6-075.

ARENDT, H. (2008). *Homens em tempos sombrios*. São Paulo: Companhia de Bolso.

BAKER, T. & WANG, C. (2006). Photovoice: Use of a Participatory Action Research Method to Explore the Chronic Pain Experience in Older Adults. *Qualitative Health Research*, 16 (10), 1405-1413.

BARROS, G. (2014). *Teatro na terceira idade – possibilidades e limites de uma prática cênica*. Projeto de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (Mestrado em Artes Cênicas), Lisboa.

BECKETT, C. (2010). *Assessment and intervention in social work*. London, Sage Publications.

BECKETT, C. (2006). *Essential Theory for Social Work Practice*. London: Sage Publications.

BERGER, B., PARGNAN, D. & WEINBERG, R. (2002). *Fundamentations of exercise psychology*. USA: Fitness Information Technology, Inc.

BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1999). *A Construção Social da Realidade*. Lisboa: Dinalivro.

BERTAUX, D. (1980). *L'approche biographique: sa validité méthodologique ses potentialités*. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 2 (69). 197-225.

BORGES, M., & MOREIRA, A. (2009). *Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários*, *Motriz*, 15(3). 562-73.

BUTLER, R. (1963). *Life-review: An interpretation of reminiscence in aged*, *Psychiatry*, 26 (1), 65-76.

CABETE, D. (2004). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.

CALHA, A. (2006). "O Perfil dos Voluntários de Direção das Instituições Particulares de Solidariedade Social do Distrito de Portalegre". Mestrado, Universidade de Évora, Évora.

CALHA, A. (2014). Saúde, bem-estar e convivialidade dos idosos—Portugal e Espanha, diferenças e semelhanças, no contexto europeu. In A. Anica, A. Fragoso, C. Ribeiro, & C. Souza (Coords.). *Envelhecimento ativo e educação*. Universidade do Algarve, pp. 30-40, Consultado em 6 outubro, 2017, em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/8377/1/Sa%C3%BAdade%20bemestar%20e%20convivialidade%20dos%20idosos.pdf>.

CANCELA, D. (2007). *O processo de envelhecimento - O portal dos psicólogos*. Universidade Lusíada do Porto (Trabalho realizado no Complemento da Licenciatura), Porto.

CANDEIAS, E. (2014). Fatores destacáveis na satisfação com a vida em idosos portugueses: (Estudo de caso num centro de dia em Castelo Branco). *INFAD Revista de Psicologia*. 1 (2), pp.17-28.

CARDÃO, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.

CARVALHAIS, M. & SOUSA, L. (2013). Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. *Saúde Soc.* 1 (22), 160-172.

CARVALHO, M. (2006). *Orientações da política de cuidados às pessoas idosas dependentes - modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus*. Comunicação no Congresso internacional sobre Gerontologia, Lisboa.

CARVALHO, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

CARVALHO, M. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler.

CARVALHO, M. (2011). *Serviço Social e Envelhecimento Ativo: Teorias, Práticas e Dilemas Profissionais*. Intervenção Social, nº38. Lisboa: Lusíada, 50-59.

CARVALHO, M. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Tese de Doutoramento, ISCTE-IUL (Doutoramento em Serviço Social), Lisboa.

CEMBRANOS, F., MONTESINOS, D. & BUSTELO, M., (2007). *La animación sociocultural: Una propuesta metodológica*. Madrid: Editorial Popular.

CORDEIRO, J., DEL CASTILLO, B., FREITAS, C., & GONÇALVES, M. P. (2014). Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*, 17(3), 541-552.

COULSHED, V. & ORME, J. (2006). *Social Work Practice*. Hampshire: Palgrave macmillan.

COUTINHO, V. (2008). *Arteterapia com idosos: ensaios e relatos*. Rio de Janeiro: Wak Ed.

CORREA, M. & JUSTO, J. (2010). Relato de Experiência/ Prática Profissional, Oficinas de Psicologia : Memória e Experiência Narrativa com Idosos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 2(1), 249-256.



CORREA, A. (2000). *O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health.

CORREIA, J. (2008). Identidades e realidades múltiplas: os estranhos no meio de "nós". In ESTEVES, J. *Comunicação e Identidades Sociais - Diferença e reconhecimento em sociedades complexas e culturas pluralistas*. Lisboa: Editora Horizonte.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). (2004). Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. Acedido em 13 de julho de 2017 em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>.

DUBAR, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.

ELLIOTT, J. (2005). *Using narrative in social research: Qualitative and quantitative approaches*. Londres: Sage Publications.

ERIKSON, E. (1968). Life Cycle. In: D.L. Sills (Eds). *International Encyclopedia of Social Sciences*. New York: Macmillan/ Freepress.

FARINHA, M. (2014). *Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da instituição na perspetiva do utente*. Dissertação, Universidade Lusíada de Lisboa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (Mestrado em Serviço Social), Lisboa.

FELGUEIRAS, M. (2005). Materialidade da cultura escolar, A importância da museologia na conservação/comunicação da herança educativa. *Revista da Faculdade de Educação UNICAMP*, 1 (16), 87-101.

FERNANDES, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.

FERNANDES, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

FERNANDES, R. (2009). A cidade educativa como espaço de educação não formal, As crianças e os jovens. *Revista Eletrónica de Educação*, 1(3), 58-74.

FONSECA, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma: desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto.

FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

GARCÍA, M. & JIMÉNEZ, J. (2003). Trabajo Social gerontológico, Aportaciones del trabajo social a la gerontología. In García, M. (Ed.). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis. 41-74.

GARCÍA, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.

GARCIA, A. (2009). *Animação Sociocultural para a Terceira Idade*. 1ª Edição. Chaves: Intervenção.

GARCIA, C. (2000). *Panorâmica sobre a velhice: uma introdução*. Psicologia: “envelhecimento” perspectivas multidisciplinares, VI (2), 131-133.

GIDDENS, A. (2009). Cultura e Sociedade. In GIDDENS, A. et al. *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GOMES, C. (2014). *Envelhecer: ser e estar – Projeto de intervenção num lar de idosos*. Projeto de Intervenção, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto (Mestrado em Educação e Intervenção Social com Especialização em Desenvolvimento Comunitário e Educação de Adultos), Porto.

GONÇALVES, D.; ALBUQUERQUE, P. & MARTÍN, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. In Publicações do site do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Acedido em 14 de Agosto de 2016 em <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/479>.

GRANJA, B. (2009). 3éme congrés de L`AIFRIS. Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l`Intervention Sociale. Intervention Sociale et Developpement: Quelles references pour quelles pratiques. Hammamet: Tunisie.

GUERRA, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo : Sentidos e formas de uso*. Estoril : Príncipe Editora, Lda.

HALBWACHS, M. (1968). *La Mémoire Collective*. Paris : Presses Universitaires de France.

HORTELÃO, A. (2004). Envelhecimento e qualidade de vida. Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Revista Servir*, 3 (52). 119-128).

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA (ISCTE), (2007). *Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal*. Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

KIRKWOOD, T. (2000). *El fin del envejecimiento*. Barcelona: Tusquets Editors.

KUMON, T. (2006). *Entre o passado e o presente: A condição humana de um grupo de idosos, ex-presos políticos do golpe militar de 1964, na perspectiva de Hannah Arendt*. Dissertação, Universidade Católica de Brasília (Mestrado em Gerontologia), Brasília.

LANGLOIS, F., VU, T., CHASSÉ, K., DUPUIS, G., KERGOAT, M. J., & BHERER, L. (2013). Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 400-404.

LOPES, A. (2001). *Libertar o Desejo, Resgatar a Inovação. A construção de identidades profissionais docentes*. Lisboa: IIE.

LYMBERY, M. (2005). *Social Work with Older People – Context, Policy and Practice*. Londres: Sage.

MAGNABOSCO-MARTINS, C., CAMARGO, B., & BIASUS, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8(3), 831-847.

MARCHAND, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.

MATOS, A. (2004). *Ser-se mais do que velho: tempo, memória e velhice no contexto de um lar*. In Congresso Luso – Afro – Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, Anais. 1-22.

MINAYO, S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

- NERI, A. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- NERI, A. (2003). *Qualidade de vida na velhice: Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole.
- NETO, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- NETO, F. (1999). *As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento*. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.
- NETTO, M. (1996). *A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- OLIVEIRA, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. (3ª edição). Porto: Legis Editora.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Project ATLAS*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet N° 260, Abril 2001).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1995) *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social science and medicine* (Vol.41, pp.403-409).
- OSÓRIO, A. & PINTO, F. (2007). *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- PAÚL, C. (2017). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 15.
- PAÚL, M. & RIBEIRO, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- PAYNE, M. (2011). *Humanistic Social Work*. London: Palvrave, macmillan.
- PENA, M. (2012). *Da construção do Conhecimento ao Processo Metodológico em Serviço Social*. *Intervenção Social* nº40. Lisboa: Lusíada, 79-93.
- PIMENTEL, F. (2006). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

PIMENTEL, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

PONTICELLI, M. (1998). *Modelos Teóricos del Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.

QUARESMA, M. (1992). *Velhice ou Envelhecimento*. Lisboa: Servir 30.

RIBEIRINHO, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: contextos e práticas profissionais In CARVALHO, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor, 177-200.

RICHARD, J. & MATEEV-DIRKX, E. (2004). *Psychogérontologie*. Paris: Masson.

ROBERTIS, C. (2005). *Metodologia de La Intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

ROBERTIS, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social, ética e metodologia*. Valência: PUV Publications.

ROBERTIS, C. (2011). *Metodologia de Intervenção em Trabalho Social*. Porto: Porto Editora.

SANTIAGO, E. (2003). Trabajo Social y animación sociocultural en el âmbito de la vejez. In García, M. (Ed.). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis (pp.259-273).

SANTOS, C. (2012). Organização da prática profissional do Serviço Social em modelos de intervenção social. *Intervenção Social*, nº 39. Lisboa: Lusíada.

SEQUEIRA, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

SERRANO, G. (2014). *Elaboração de Projetos Sociais, Casos Práticos* (7ª edição). Porto: Porto Editora.

SILVA, F. (2011). *Qualidade de vida no proceso de envelhecimento e a integração nos centros de dia (uma perspetiva do utente)*. Dissertação, Escola Superior de Educação Almeida Garrett da Universidade de Lisboa (Mestrado em Ciências de Educação – Educação Especial), Lisboa.

SILVA, S. (2010). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Dissertação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior (Mestrado em Psicologia na área de Clínica), Covilhã.

SILVA, S. (2009). *Envelhecimento Ativo: Trajetórias de Vida e Ocupações na Reforma*. Tese, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Mestrado em Sociologia), Coimbra.

SERRANO, G. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.

SCHARFSTEIN, E. (2006). A identidade na velhice mediada pela ação do discurso. In FREITAS, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Editora Guanabara Koogan.

SCHWEITZER, P. & BRUCE, E. (2008). *Remembering Yesterday, Caring Today: Reminiscence in Dementia Care A Guide to Good Practice*. London on Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

SOUSA, J. (2013). *Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão*. Projeto de graduação (obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem), Universidade Fernando Pessoa, Porto.

SOUZA, D. (2013). *A fotografia participativa como ferramenta de reflexão identitária: estudo de caso com jovens em contextos de exclusão social no Brasil e em Portugal*. Doutorado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (Ciências da Comunicação), Lisboa.

TEIXEIRA, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção*. Dissertação, Universidade de Lisboa Secção de Psicologia Clínica e da Saúde (Mestrado Integrado em Psicologia), 2010.

TRENTINI, C. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos*. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Doutorado em Psiquiatria), Porto Alegre.

VISCARRET, J. (2007). *Modelos y métodos de intervencón en Trabajo Social*. Madrid: Alianza.

WILSON, K. (2008). *Social Work, An introduction to contemporary practice*. Essex: Pearson Education Limited.

Whoqol Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2 (2), 153-159.

Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41 (10), 1403-1409.

Whoqol Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46 (12), 1569-1585.

WILLIG, M. (2012). *As Histórias de Vida dos Idosos Longevos de uma Comunidade: o Elo entre o Passado e o Presente*. Tese, Universidade Federal do Paraná (Doutoramento em Enfermagem), Curitiba.

ZIMERMAN, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. São Paulo: Artemed Editora.

# ANEXOS



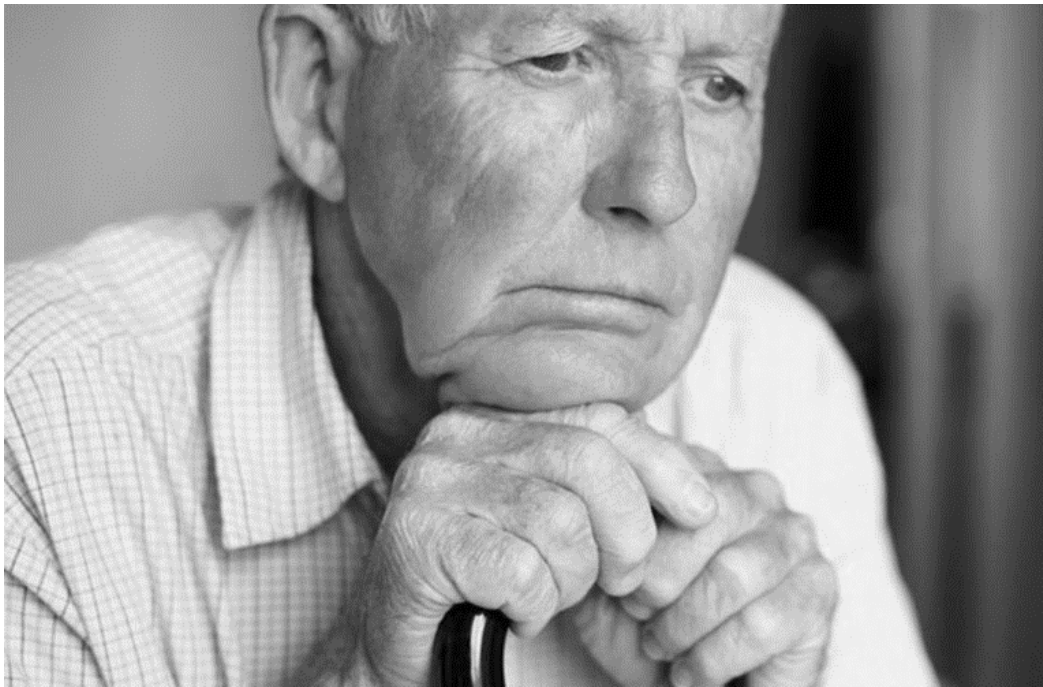
## **ANEXO I**

### **FICHAS RELATIVAS A CADA DOMÍNIO DA QUALIDADE DE VIDA UTILIZADAS NAS SESSÕES**

## Domínio Físico



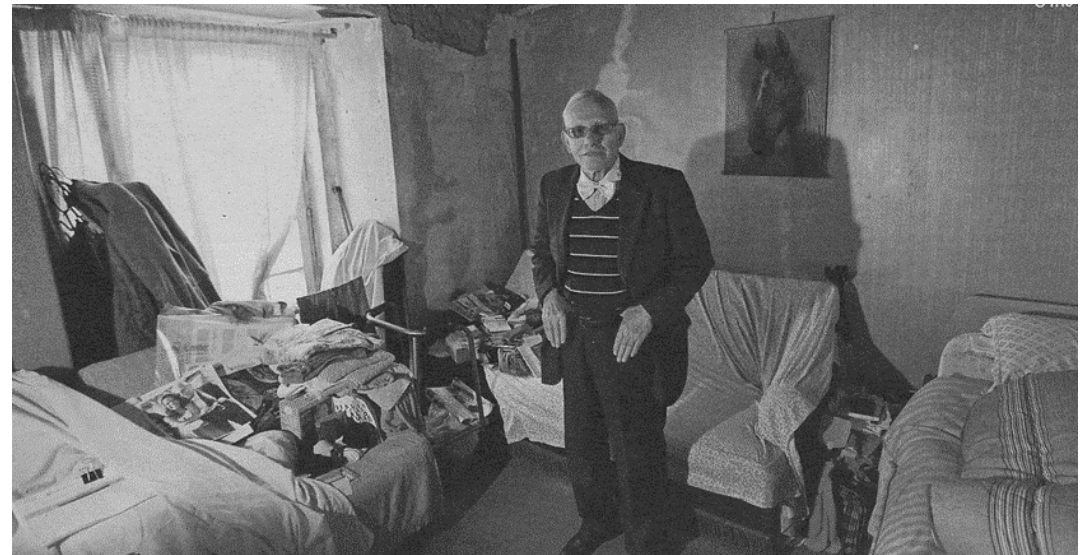
## Domínio Psicológico



## Relações Sociais



## Ambiente



## **ANEXO II**

### **TRANSCRIÇÕES DAS SESSÕES**

## TRANSCRIÇÃO DA GRAVAÇÃO DA 1ª SESSÃO

**Técnica** – “O que estão aí a ver são imagens de idosos...e a minha pergunta é: Se vocês tivessem de explicar a uma pessoa mais nova o que é ser idoso na vossa opinião, qual dessas imagens escolheriam para representar o que é ser idoso?”

**Idosa C** – “Nós temos de dizer qual é o mais idoso?”

**Técnica** - “Sim. Consoante as fotos, o que é para vocês ser idoso...com quais das fotos se identificam?”

**Idosa C** – “Este está de costas, não conseguimos ver a cara”

**Técnica** – “Já escolheram ou ainda não viram todas? Vejam com calma...”

**Idosa C** – “Acho este”

**Técnica** – “Acha esse? E acha esse porquê? Acha que é o dessa figura porquê?”

**Idosa C** – “Acho este e para além deste, ainda acho este mais idoso”

**Técnica** – “Escolhe esta imagem não é?”

**Idosa C** – “Sim”

**Técnica** – “E porquê?”

**Idosa C** – “Porque...não sei...acho-os mais velhinhos” (figura 1 e 2)

**Técnica** – “O que acha que eles estão a fazer?”

**Idosa C** – “A fazer ginástica”

**Técnica** – “Então acha que ser idoso é fazer ginástica?”

**Idosa C** – “Sim, ainda se pode fazer”

**Técnica** – “No seu dia a dia se pudesse fazer todos os dias ginástica fazia?”

**Idosa C** – “Todos os dias não...porque os velhinhos não podem”

**Técnica** – “E não podem porquê? Porque têm algumas limitações não é?”

**Idosa C** – “Sim...”

**Técnica** – “Ainda consegue fazer alguma ginástica?”

**Idosa C** – “Sim ainda consigo fazer alguma, mas com ajuda porque sem ajuda não posso”

**Técnica** – “Veja lá as outras imagens...há aí mais”

**Idosa C** – “Os três têm cara de idoso” (figura 2)

**Técnica** – “Portanto, estes estão mais ativos, fazem mais ginástica e este...”

**Idosa C** – “Este já não faz tanto...”

**Técnica** – “O qual prefere ser? Este que está mais parado?”

**Idosa C** – “Parada não...se pudesse andar ainda andava por aí”

**Técnica** – “Mas ainda consegue andar ou não?”

**Idosa C** – “Ainda consigo andar mas pouco”

**Técnica** – “Sim com alguma ajuda...mas veja lá as outras a seguir”

**Técnica** – “Agora a Dona (Idosa A)...o que é para si ser idoso?”

**Idosa A** – “É ter pouca mobilidade por exemplo...é estar com um ar cansado como está aqui este senhor (figura 3)...esta senhora está mais feliz...”

**Técnica** – “Então para si ser idoso é estar mais triste?”

**Idosa A** – “...ainda há idosos com muita alegria e... este é capaz de estar um bocadinho doente, sei lá...está tristonho”

**Técnica** – “Ser idoso é ser triste?”

**Idosa A** – “Nem sempre...”

**Técnica** – “Quais as situações em que acha que esteja mais triste?”

**Idosa A** – “Por exemplo, estar assim com um dia destes assim ...e pensar que podia estar na rua ao sol e ter que estar aqui parado...”

**Técnica** – “Sim...”

**Idosa A** – “É uma situação que ele poderá se sentir mais triste...”

**Técnica** – “Quais as situações em que acha que o idoso está mais contente?”

**Idosa A** – “É por exemplo, poder sair, ir dar um passeio ao sol...voltar para casa bem disposto...”

**Técnica** – “Sim...”

**Idosa A** – “Depende também das idades...”

**Técnica** – “Em algumas situações da sua vida se sentiu triste e contente?”

**Idosa A** – “Ah sim claro, senhora doutora”

**Técnica** – “Sim?”

**Idosa A** – “Um dia destes dá assim um bocadinho de tristeza, não podermos ir até ao sol...gosto de ir ali fora ao sol e voltar...”

**Técnica** – “Então e a Dona (Idosa E), quais é que foram as imagens escolheu?”



**Idosa E** – “Estes estão todos contentes (figura 1)...já fizeram...estão a fazer a ginástica deles...esta senhora está toda contente (figura 4)...”

**Técnica** – “Ser idoso é estar em movimento e estar contente?”

**Idosa E** – “Exatamente...aqui também estão todos muito contentinhos (figura 6)...”

**Técnica** – “Aqui estão todos amigos, a conversar, a jogar (figura 6)...e aqui está um idoso mais sozinho”

**Idosa E** – “Ora...se calhar não lhe agradou a companhia...ah pois...quando não nos agrada afastamo-nos”

**Técnica** – “Já viu as imagens seguintes?”

**Idosa E** – “Esta senhora está a sorrir mas não está assim muito bem (figura 8)...”

**Técnica** – “Estas imagens não é bem o idoso mas sim o que está à volta dele (figuras 7 e 8)...o ambiente...esta senhora vive numa casinha mais arrumada e este senhor não...vive num ambiente mais desarrumado, com muita falta de condições...”

**Idosa E** – “Pois...então coitado...”

**Técnica** – “Qual dessas imagens é que escolhe?”

**Idosa E** – “Esta senhora está a sorrir, não está muito triste não...ele coitado, é que está assim mais...”

**Técnica** – “Então e a Dona (Idosa D) já escolheu?”

**Idosa D** – “Se calhar...esta que é a mais alegre (figura 1)”

**Técnica** – “Mais alegre...ser idoso é ser alegre?”

**Idosa D** – “Sim...”

**Idosa B** – “Ajuda”

**Técnica** – “E a Dona (Idosa D) sente-se alegre?”

**Idosa D** – “Sim, graças a Deus...alegria, a gente sempre tem...o que me deixa mais triste é a minha nora coitadinha, sempre derroda dos médicos...teve que tirar o peito e agora...é só o que me deixas mais triste...”

**Técnica** – “E já viu as imagens todas? Só escolhe esta ou escolhe mais alguma?”

**Idosa D** – “Pra mim não escolho...é o que eu sinto”

**Técnica** – “E o que é que sente?”

**Idosa D** – “Sinto tristeza por ela...e acho que esta imagem é mais...não sei não vejo...”

**Técnica** – “Esta senhora vive numa casa mais arrumadinha...e este senhor vive numa casa muito desarrumada...”

**Idosa D** – “Esta não sei se tem alguém na cama...”

**Técnica** – “Não, isto é uma jarra em cima da mesa”

**Idosa D** – “A jarra dá alegria”

**Técnica** – “Dá alegria...?”

**Idosa D** – “Pois...escolho esta (figura 8)”

**Técnica** – “Gosta de flores?”

**Idosa D** – “Gosto...muito”

**Técnica** – “Tem algumas flores na sua casa?”

**Idosa D** – “Já não tenho nada...tenho lá só duas...”

**Técnica** – “Viu as restantes fotografias?”

**Idosa D** – “Este aqui...está triste (figura 3)...este aqui está alegre mas não me agrada muito a alegria dele (figura 4)...parece que é um rir sem vontade...”

**Técnica** – “Então escolhe esta é isso?”

**Idosa D** – “Sim, pra mim escolho esta (figura 3)...”

**Técnica** – “Está bem...então e esta...esta aqui (figura 6)?”

**Idosa D** – “Está aqui uma de leque...”

**Técnica** – “Está a jogar às cartas...”

**Idosa D** – “É mais esta (figura 6)...”

**Técnica** – “Esta tem este idoso que está sozinho...parece que não tem assim muitos amigos...”

**Idosa D** – “Pois...estes estão mais alegres...aqui a do leque (figura 6)”

**Técnica** – “Agora a Dona (Idosa B)...”

**Idosa D** – “Estes estão amigos (figura 6)...”

**Técnica** – “Vocês têm muitos amigos?”

**Idosa D** – “Alguns...e algumas”

**Técnica** – “Os que estão aqui?”

**Idosa C** – “Aqui somos todos amigos”

**Idosa E** – “Não são muitos...mas são bons”

**Técnica** – “Poucos e bons”

**Idosa E** – “Ah pois! Muitos para quê?”

**Técnica** – “E antes de virem para cá para o Centro de Dia também tinham amigos?”

**Idosa C** – “Sim...”

**Técnica** – “Sim? E quais eram?”

**Idosa D** – “Amigas...”

**Técnica** – “Amigas? E quais eram?”

**Idosa D** – “Lá a minha vizinha Rosária...lá a minha vizinhança, sempre trabalham mais que outros...”

**Técnica** – “Eram as vizinhas e mais quem?”

**Idosa D** – “As vizinhas tirando a família”

**Idosa C** – “Quando podia andar, tinha amigas em que ía a casa delas...agora deixei de andar...era as vizinhas”

**Técnica** – “A Dona (Idosa B) já escolheu as suas?”

**Idosa B** – “Eu acho que sim... é quase a minha vida...agarro na minha bengalinha, vai aos vizinhos, vai aqui ao café se quiser, comer um rebuçadinho...não posso beber café porque faz mal...e converso com os amigos, riu e é assim...”

**Técnica** – “Então escolhe as duas (figuras 1 e 2)?”

**Idosa B** – “Sim...enquanto idosa, posso agarrar na minha varinha e vou até ali à rua, ir até ao café...ir até à vizinha que está ali ao sol e vou para o pé dela...então isso é uma alegria para mim, enquanto puder andar...mais nada”

**Idosa D** – “Eu ainda escolho outra...mas já acabou a minha lista”

**Técnica** – “Não, diga lá...”

**Idosa D** – “A minha vizinha Beatriz...”

**Idosa B** – “Já ouviu a minha história? Acho que é assim”

**Técnica** – “Só escolhe essas? Já as viu todas?”

**Idosa B** – “Já...mas agora é a Dona (Idosa D) a acabar...”

**Técnica** – “Mas já acabou...”

**Idosa B** – “Então é assim...penso que este senhor estava em casa e saiu à rua...conheceria o homem? Naturalmente conheceu...ela riu-se para ele mas ele está muito sério, deve estar triste...encontra um homem triste...mas ela está alegre...e queria ir para casa dele alegre e ele ficou triste, não se riu também...ele usa a tristeza e não é bom...acho eu” (figuras 3 e 4)

**Técnica** – “E qual das duas é que escolhe?”

**Idosa B** – “Eu acho que a idosa que está a rir é melhor, este não está tao bem...agarrar-se à tristeza é perigoso, acho eu” (figura 4)

**Técnica** – “É perigoso porquê?”

**Idosa B** – “É perigoso porque se ficamos agarrados à tristeza, só vimos tristeza e magoamo-nos...ficamos arrumados”

**Técnica** – “E já não fazemos nada?”

**Idosa B** – “Nada...o que é que haveremos de fazer mais?”

**Técnica** – “Pois...”

**Idosa B** – “Já temos uma idade...”

**Técnica** – “Mas ainda consegue”

**Idosa B** – “Antes ainda tinha capacidade de agarrar na minha varinha, ir ali até à rua...encontrar uma vizinha ou encontrar uma criança e perguntar-lhe ‘então vais para a escola?’ e ela disse que não que estava muito mau o tempo e até disse para a avó ‘já viu vai ser mais alta que você’...pronto ali de conversa com a avó da criança...pronto, é uma alegria falar com uma pessoa que nós conhecemos...”

**Técnica** – “Sim...”

**Idosa B** – “E se eu tivesse essa capacidade faria sempre isso...agora já não...estar em casa é uma tristeza...acho que um velho que esteja em casa que não se possa mexer, não possa falar com ninguém, nem conseguir beber um copo de água...acho isso uma tristeza...então vale mais o quê?”

**Técnica** – “É estar alegre não é?”

**Idosa B** – “Pois é estarmos alegres, é sermos capaz e experimentar...mais nada”

**Técnica** – “E pronto...”

**Idosa B** – “É isso”

**Técnica** – “Então e escolhe mais alguma?”

**Idosa B** – “Já escolhi...pronto...porque é que este idoso não mete este a sorrir também? É casmurro (figuras 3 e 4)...os velhos ou velhas casmurros não podem ser...eu nunca estou triste...hoje aconteceu-me uma coisa e deveria estar triste, mas não estou...como podem ver eu não estou triste, não é? Toda a gente sabe não é?”

**Idosa D** – “Pois...”

**Idosa B** – “A (idosa D) também sabe...”

**Idosa B** – “Por isso eu não estou triste...o que é que eu remedeio estar triste? Olhe respondi alegre...”

**Técnica** – “Exato...”

**Idosa B** – “Está bem? Sou alegre”

**Técnica** – “Ainda bem...isso é o que se quer”

**Idosa** – “Não sei...eu sou assim”

**Técnica** – “Ainda bem”

**Idosa B** – “As tristezas matam...”

**Idosa A** – “As tristezas não pagam dívidas”

**Idosa B** – “Se nos agarramos à tristeza...uma pessoa que estava triste veio falar comigo, sabes o que respondi? Não quero, não quero nada ver-te assim...quero é ver-te alegre...Deus e a avó tomarão conta de ti...pronto e ela ficou toda contente, coitadinha”

**Idosa D** – “Eu sou a mais velha da minha rua...”

**Idosa B** – “Eu sou assim...alegre...aprendi com a minha avó Ana”

**Técnica** – “Já escolheu tudo? Dessas já não escolhe mais nenhuma?”

**Idosa B** – “Destas já escolhi...escolho estas (4, 6 e 8) e escolho esta e esta em que um idoso está triste e este está alegre...porque é que este não fala com este para lhe passar a tristeza?”

**Técnica** – “Pois...”

**Idosa B** – “Não acho bem...dizia uma coisa alegre ‘olha páh, vamos até ali ao café beber um cafezinho ou vamos ali comemos um rebuçadinho’ “

**Técnica** – “Por exemplo, se estes dois idosos fossem como estes, amigos, alegres...não é? Agora este aqui está assim de parte...”

**Idosa B** – “Já não tem amigos...já o meteram de parte...e não se deve pôr ninguém de parte...porque é que ele se separou? Ficava ali ao pé deles e falava do dia...ou está a chover ou está frio ou está sol, pronto...fazia uma conversa...ficavam logo bem...não é separar-se...vê-se casmurro ali, acho que este é casmurro...sabem o que é casmurro? É não dizer nada (figura 5)”

**Técnica** – “Aqui pode haver duas situações...ele pode não querer falar, não estar no grupo e também pode ser o grupo não o querer por perto, digamos assim...(figura 5)”

**Idosa B** – “Hum, não me parece...uns podiam dizer para deixá-lo e outro dizer ‘deixa-o, ele é nosso amigo, é um homem como a gente...deixa lá vir o rapaz’...acho eu...aquela está zangada com aquele e depois dizer-me ‘porque é que o chamaste?’ e eu respondia ‘se não quiseses falar-lhe não fales, mas deixa a pessoa juntar-se a nós”

**Técnica** – “Então escolhe esta?” (figura 6)

**Idosa B** – “Sim escolho esta (figura 6)...é o que deve ser...é mais ou menos ao natural...este acha-se casmurro, não vai ao pé dos outros (figura 5)...não terá nada para dizer?”

**Técnica** – “Ou bom dia ou boa tarde...”

**Idosa B** – “Pois...”

**Técnica** – “Ou então ‘como é que passaste a noite?’”

**Idosa B** – “Oh colegas, como é que vai o tempo? Ou está frio ou está calor...”

**Técnica** – “Já cá estamos outra vez...não é?”

**Idosa B** – “Ora pois...qualquer coisa”

**Técnica** – “Qualquer coisa serve e anima...”

**Idosa B** – “Anima bastante...então chega ali uma pessoa não diz nada, a outra não diz nada...o que é que é isso? O que parece?”

**Idosa D** – “Este está de costas viradas...não quer conversa (figura 5)”

**Técnica** – “Qual das duas escolheria de forma a representar o idoso?”

**Idosa D** – “Escolho esta...”

**Técnica** – “Porquê?”

**Idosa D** – “Estão alegres...(figura 6)”

**Técnica** – “Ser idoso é estar alegre?”

**Idosa D** – “Então pois!”

**Técnica** – “Então e as outras senhoras escolhem mais alguma?”

**Idosa B** – “Esta dá impressão que sou eu...está aqui sentadinha, com tudo arrumadinho (figura 8)...deve estar a ver televisão...é como eu...com tudo arrumado e a ver televisão para me distrair...é bom estarmos arrumadinha, bem vestidas, aciadinhas e tratadinhas...”

**Técnica** – “É como se sente?”

**Idosa B** – “Sim...a minha casa está alegre...e eu sou alegre”

**Técnica** – “Quando a casa está alegre...”

**Idosa B** – “...sinto-me alegre também...e se não estiver alegre, faço-a alegre...ainda há capacidade para isso, quando não houver eu digo e alguém haverá de me a pôr alegre”

**Técnica** – “Com vocês também acontece o mesmo?”

**Idosa C** – “Agora não faço nada!”

**Técnica** – “Como assim?”

**Idosa C** – “Não faço nada porque não posso...dobro meias, ainda cozo as meias...”

**Técnica** – “Mas ainda faz alguma coisa...”

**Idosa C** – “Ainda faço assim alguma coisa...dou uns pontinhos...de resto não faço mais nada”

**Técnica** – “Em questão do ambiente onde vive, gosta de viver num ambiente assim...”

**Idosa C** – “Vivo com o meu filho e com a minha nora e pronto...”

**Técnica** – “E vive bem”

**Idosa C** – “Sim vivo bem”

**Técnica** – “Ainda bem”

**Idosa A** – “Eu por enquanto ainda não me sinto assim velhinha, velhinha, velhinha...idosa, idosa, idosa...tenho duas vizinhas, uma delas às vezes chama-me e vou para a casa dela ou eu chamo-a para a minha, conversamos muito da vida...não propriamente da velhice, mas assim...ainda não me considero a pensar muito na velhice...estou a caminhar para lá, também já tenho 68 anos...”

**Idosa C** – “A velhice não faz mal. O que faz mal é a doença”

**Idosa A** – “Por enquanto ainda não me sinto doente...”

**Idosa C** – “A doença é que faz mal...se não tivesse sido isto que me deu estava boa”

**Idosa A** – “O que é que lhe deu?”

**Idosa C** – “Dois AVC”

**Idosa A** – “Eu nem dei por um quanto mais por dois...”

**Idosa B** – “Então diz-lhe ‘Graças a Deus’...”

**Idosa A** – “Graças a Deus!”

**Idosa C** – “Eu estive ali internada na Urra 3 meses...para recuperar”

**Idosa A** – “Pois eu isso não sabia...”

**Técnica** – “E recuperou, graças a deus”

**Idosa C** – “E recuperei...pareço um robô a andar”

**Idosa B** – “Usas uma bengalinha...”

**Idosa C** – “Está ali a minha companheira”

**Técnica** – “Pois a sua amiga, não é verdade?”

**Idosa C** – “É a vida...”

**Idosa B** – “Eu estou por minha conta...”

**Idosa C** – “Há piores ainda que eu...”

**Idosa E** – “Pois há!”

**Idosa B** – “Se eu fosse mais nova, já estava na casa dos meus irmãos ou estava com a minha filha, sei lá...se ela lá me quisesse...queria, ela não é má, é boazinha...”

**Idosa D** – “Está melhor assim...”

**Idosa B** – “Ah pois estou! Assim ao menos vai lá ela e mãe isto, mãe aquilo e eu ‘ta bem’...vai, leva, faz...é melhor...o que eu preciso dela, tem ela mais preciso de mim”

**Idosa C** – “Nós não podemos empatar a doutora...”

**Técnica** – “Não empatam nada! As vossas conversas são sempre importantes. E a Dona (Idosa D) vive sozinha?”

**Idosa D** – “Sim vivo sozinha...tenho a visita dos meus filhos, netos...”

**Técnica** – “O que é sempre uma alegria...”

**Idosa D** – “Tenho bisnetos, netos, tenho filhos...antes ainda tinha a minha mãe...”

**Idosa B** – “A sua mãe ainda é viva?”

**Idosa D** – “Não...ainda estive comigo vinte e tal anos...”

**Técnica** – “Ainda são alguns...”

**Idosa D** – “Já contei as descendências...vivi com a minha mãe e com a minha avó, ainda...casei, tive filhos, tive netos e bisnetos...”

**Idosa C** – “Também eu...”

**Idosa D** – “Muitas descendências...”

**Idosa B** – “Eu também tenho os meus...estão ali ao pé da minha casa, na casa deles...estou muito contente graças a deus...”

**Idosa D** – “Antes ía buscar três reformas...era a da minha mãe, a minha e a do meu marido...vinha de lá e metia-a...não era toda...tirava um bocadinho, ela ía para dentro do quarto dela, ía contar e depois lá ía juntar...e o meu marido perguntava-me para que é que ela queria o dinheiro e eu respondia-lhe ‘porque gosta de ter’...”

**Idosa B** – “Pois...”

**Idosa D** – “Não há ninguém que não goste de ter dinheiro...ainda me lembro de ela ir à bolsa tirar dinheiro para o que fazia falta...é assim”

**Idosa B** – “Agora já não se usa...”

**Idosa D** – “Graças a Deus...”

**Idosa B** – “Agora já não se usa isso...agora é a caderneta...’não tens dinheiro? Olha filha toma lá, vai lá buscar, tira 10 euros...a minha avó também dava aos filhos 10 euros, que na altura eram 2 contos...tinha alguns cinco filhos e dava a cada um, coitadinha...”

**Técnica** – “Está bem minhas senhoras...então vamos lá aqui fazer um resumo...imagem que eu agora estava aqui ao pé de vocês, como estou agora não é verdade...e que perguntava a cada uma de vocês o que é ser idosa e quero que cada uma me dê a sua opinião”

**Idosa E** – “Idosa é já ter muita idade...para mim é só isso...é de já ter passado por nova e agora ser velha...já fomos com menos idade, já fomos com mais idade e agora ainda somos com mais idade”

**Técnica** – “E o que é que importa na sua vida?”

**Idosa E** – “O que me importa? Não me importa nada...estou encantada da vida”

**Técnica** – “Ai sim?”

**Idosa E** – “Estou...”



**Técnica** – “Está como os idosos que escolheu? Está alegre?”

**Idosa E** – “Pois estou! E quando não estou, estou triste”

**Técnica** – “Mas está mais vezes alegre ou mais vezes triste?”

**Idosa E** – “Olhe depende dos sítios...se estiver na minha casa estou sempre muito alegre...se estiver aqui, posso estar uns dias mais alegre, outro mais triste...mas tudo passa na vida”

**Técnica** – “Então e a Dona (Idosa D)...o que me diz?”

**Idosa D** – “Olhe toda a gente sente-se conforme os ambientes em que estão...aqui já tenho tido...bom, por um lado, algumas coisas...muitas”

**Técnica** – “Como assim?”

**Idosa D** – “Não tenho queixa das empregadas...não tenho queixa das amigas que aqui tenho...não tenho queixa de ninguém...”

**Técnica** – “Sente-se como os idosos que escolheu? Sente-se alegre?”

**Idosa D** – “Acho este...”

**Técnica** – “Eu refiro-me a si Dona (Idosa D)...como é que se sente?”

**Idosa D** – “Nós temos que se sentir como os idosos que aparecem aqui...estamos uns dias mais alegre, outros estamos mais triste...há dias que me sinto mais triste mas das empregadas não é...da minha vida não é...mas faz de parte de mim...bem pensando nisso...pronto...não somos todos iguais”

**Técnica** – “Muito bem...então e a Dona (Idosa C)?”

**Idosa C** – “Olhe eu não gostava de ser velha, mas sou...é preciso é ter saúde...boa disposição também tenho...tenho muitos aborrecimentos, mas...”

**Técnica** – “Não se deixa afectar é isso?”

**Idosa C** – “Não, eu tenho de ser alegre...”

**Idosa B** – “Exatamente”

**Técnica** – “Sente-se bem?”

**Idosa C** – “Sinto-me bem e pronto...”

**Técnica** – “E a Dona (Idosa B) o que é que tem a dizer?”

**Idosa B** – “Enquanto eu puder andar, fazer as minhas coisinhas da escola e mandar em mim, porque ninguém manda em mim...já estou contente...quando alguém mandar em mim, ficarei triste...mas agora não mandam...eu é que mando em mim...não me afeta ser velha...a minha filha às vezes diz-me ‘não vá para o lar hoje...’ e eu digo-lhe ‘mete-te na tua vida que eu meto-me na minha...vou hoje, vou amanhã, vou quando eu quiser...”

**Técnica** – “E porque é que quer vir?”

**Idosa B** – “Porque gosto de aqui estar...lá em casa não tenho ninguém para me fazer a comida...agora um dia destes apetecia-me um café, fui fazer...entornei tudo”

**Idosa C** – “Aqui temos sempre a mesa posta...”

**Idosa B** – “Na minha casa enquanto eu podia lá estar...às vezes mandava vir o comer do restaurante e não gostava...por isso eu gosto de estar aqui e os meus filhos estão contentes por eu estar aqui”

**Idosa D** – “Eu vim para aqui porque eu quis vir...estava há pouco tempo aberto e vim...”

**Idosa E** – “Mas eu ainda tenho uma coisa para dizer...”

**Técnica** – “Diga”

**Idosa E** – “Eu vim para aqui 3 ou 4 meses...perguntei aos meus filhos...o que é certo é que já cá estou há um ano e meio e os meses já passaram...ah pois...ainda lhe tenho que dar o recado até quando é que passa os 3 ou 4 meses...”

**Idosa C** – “Queres te ir embora para quê? Aqui tens pequeno almoço, almoço, lanche e jantar...e as meninas são boas e a doutora também é...”

**Idosa B** – “Exatamente...”

**Técnica** – “Então e a Dona (Idosa A), o que me tem a dizer?”

**Idosa A** – “Eu gostava de estar ao pé das minhas irmãs mas elas...casaram, estão em lisboa só vêm cá de vez em quando, e então...o facto de elas estarem longe não me afetou nada...eu estou cá no meu cantinho...às vezes elas vêm cá ou eu vou lá, conforme...e como haverei de explicar...eu que nós só precisamos é de convívio, de não estar em casa sozinhas...que é o que nos afeta um bocadinho”

**Técnica** – “Ser idoso é conviver...é isso?”

**Idosa A** – “Sim é isso...nós temos que estar em convívio, conversar, distrair...chego a casa, a minha vizinha vai a minha casa ou vai-me chamar para eu ir à dela...pronto, estou lá um bocado com ela, temos as nossas conversas...o que interessa é estarmos sempre distraídas, cá ou lá...”

**Técnica** – “É diferente não é? É melhor estar a conversar...”

**Idosa A** – “Sim muito diferente...”

**Técnica** – “Têm mais alguma coisa a acrescentar?”

**Todas** – “Não, não...já está tudo dito”

**Técnica** – “Vocês é que sabem...Muito obrigada pela vossa participação”

## TRANSCRIÇÃO DA GRAVAÇÃO DA 2ª SESSÃO

**Técnica** – “Vamos fazer aqui um jogo...cada um tem um conjunto de folhas e cada folha tem imagens de idosos...a minha pergunta é: se vocês tivessem de explicar a uma pessoa mais nova, o que é ser idoso, a qual imagem é que escolhiam?”

**Idoso G** – “Eu escolhia esta...” (figura 2)

**Técnica** – “O Sr. (Idoso G) escolhe a 2...e porquê?”

**Idoso G** – “Porque aqui são pessoas idosas mas estão em festa...e aqui dá a entender que são pessoas idosas que estão a caminho de um lar ou qualquer coisa desse género (figura 1)...”

**Técnica** – “Então o Sr. (Idoso G) acha que ser idoso é estar a caminho de um lar?”

**Idoso G** – “Sim, a caminho de um lar...”

**Técnica** – “E porque razões?”

**Idoso G** – “Porque às vezes sentimo-nos sós...os filhos não querem saber dos pais, como infelizmente está a acontecer...e assim estamos acompanhados”

**Técnica** – “Estão acompanhados...”

**Idoso G** – “E temos apoio...”

**Técnica** – “E já viu as restantes fotos?”

**Idoso G** – “Ainda não...”

**Técnica** – “Então e o Sr. (Idoso H)...”

**Idoso H** – “Eles são todos idosos...este é idoso porque leva uma bengala (figura 1)...”

**Técnica** – “Então escolhe o idoso da figura 2 porque leva uma bengala...e porquê?”

**Idoso H** – “Leva uma bengala porque é idoso...eu também trago uma”

**Técnica** – “Na sua opinião, o que caracteriza um idoso é o uso de uma bengala?”

**Idoso H** – “Exatamente...senão não, não usava nada...”

**Técnica** – “Então assim os idosos que não usam bengala não são idosos?”

**Idoso H** – “Idoso não é...idoso tem de ser velho e tem de usar uma bengala”

**Técnica** – “E as restantes fotografias...já viu? Há aí mais nas outras folhas...”

**Técnica** – “E o Sr. (Idoso I) diga-me lá...já viu tudo?”

**Idoso I** – “Sim já...é mais o ambiente onde o idoso vive, vive isolado...muitas vezes vive sozinho...”

**Técnica** – “Para o Sr. (Idoso I) ser idoso é estar sozinho?”

**Idoso I** – “Sim, idoso é estar sozinho, isolado...”

**Técnica** – “Então assim qual das duas escolhe? Ou escolhe as duas?” (figuras 7 e 8)

**Idoso I** – “Escolho as duas...”

**Técnica** – “E já viu as restantes fotografias?”

**Idoso I** – “Sim já...”

**Técnica** – “Porque é que ser idoso é estar sozinho?”

**Idoso I** – “Principalmente porque é obrigado a viver...é empurrado pra isso...muitas tem-se famílias mas não...não tem companhia...”

**Técnica** – “Mas a família por vezes...”

**Idoso I** – “Não é acompanhada...vive sozinha...”

**Técnica** – “E já aconteceu alguma situação dessas na sua vida?”

**Idoso I** – “Na minha vida está a acontecer isso...tenho família mas vivo sozinho”

**Técnica** – “Mas aqui sente-se acompanhado ou nem por isso?”

**Idoso I** – “Sim, aqui estou...”

**Técnica** – “Se pudesse estar aqui todos os dias estava não?”

**Idoso I** – “Estava...se me sentisse acompanhado em casa não estava aqui...”

**Técnica** – “Uma das razões por estar aqui no Centro é para estar acompanhado?”

**Idoso I** – “Claro...”

**Técnica** – “Mas não esteve sozinho durante quase toda a sua vida pois não?”

**Idoso I** – “Não...tive uma vida normal como os outros...tenho três filhos...pronto tive uma vida normal como qualquer outra pessoa...não correu bem”

**Técnica** – “Ainda mantém uma relação com os seus filhos?”

**Idoso I** – “Sim mantenho...”

**Técnica** – “E é uma relação boa?”

**Idoso I** – “É dentro dos possíveis...pois cada um tem a sua vida e a vida não está para brincar”

**Técnica** – “É o trabalho, etc...”

**Idoso I** – “Sim, sim...”

**Técnica** – “Então e o Sr. (idoso F)...já escolheu as suas?”

**Idoso F** – (Apenas apontou com o dedo para a fotografia)

**Técnica** – “Escolhe a um...e porquê?”

**Idoso F** – “É assim assim...”

**Técnica** – “Então?”

**Idoso F** – “Estamos mal...”

**Técnica** – “Mas estes idosos estão a fazer ginástica...”

**Idoso F** – “Pois, estão a fazer ginástica...mas ‘atão’...”

**Técnica** – “Ser idoso para si é estar parado, é não estar parado...como é?”

**Idoso F** – “Não...é fazer movimentos...”

**Técnica** – “Sim...”

**Idoso F** – “Enquanto puder...”

**Técnica** – “Vê-se assim como os que estão na imagem?”

**Idoso F** – “Não...quer dizer...vejo-me assim mais ou menos...”

**Técnica** – “Se pudesse fazer alguma ginástica, não digo todos dias...”

**Idoso** – “Quer dizer, convinha...tenho os meus joelhos que estão mal, fui operado, meteram cá umas peças...e isso marcou-me...”

**Técnica** – “Em que situações é que consegue movimentar-se melhor, portanto, fazer mais movimentos?”

**Idoso F** – “É enquanto puder...com os braços e...as pernas é que é pior...”

**Técnica** – “Mas ainda consegue ir andando...”

**Idoso F** – “Sim...ainda consigo andar então...com uma bengalinha só, mas é assim...”

**Técnica** – “E já viu as outras imagens?”

**Idoso F** - “Não...”

**Técnica** – “E os restantes senhores já viram? São só essas escolhas?”

**Idoso H** – “Isto é assim...a gente não faz ginástica porque somos malandros...ainda agora um dia destes, a doutora...tivemos aí a fazer uma ginasticazinha...aquilo que fizemos com ela também podíamos bem fazer sozinhos, a gente é que não faz caso...”

**Técnica** – “E porque é que não fazem caso?”

**Idoso H** – “Porque somos malandros! Aquilo que nos mandaram fazer, nós não precisávamos de ninguém para fazer...é claro que só fazemos porque nos mandam...”

**Técnica** – “Isso por vezes acontece mais para puxar por vocês...para não ficarem ‘pêrros’...”

**Idoso H** – “Sim, sim...eu sei e até é bom para a gente, só que a gente somos malandros...não fazemos caso...nós entregamo-nos a isto e é cada vez pior...eu agora estou mais preso, mas quando a gente vê que o tempo está bom, vou ali para fora, sento-me pr’ali...agora uma pessoa está sempre aqui sentado todo o dia, é sempre só para pior...”

**Técnica** – “E porque é que acha que é pior?”

**Idoso H** – “É pior porque estamos sempre parados...este homem está, partiu agora este braço (idoso G)...agora anda com ele ao peito...tenho a certeza que quando ele puder tirar isto daqui, que se vai ver à rasca com o braço...tanto tempo assim, os nervos ficam...”

**Técnica** – “Sim, aí provavelmente terá que fazer alguma fisioterapia...”

**Idoso H** – “Exatamente...quando começar a fazer fisioterapia, tenho a certeza que ele se vai ver à rasca...”

**Técnica** – “Provavelmente...mas com o tempo tudo vai lá...”

**Idoso H** – “Os nervos estão ali presos...vai se ver à rasca...”

**Técnica** – “Mas diga-me lá...acha importante os idosos estarem em movimento?”

**Idoso H** – “Pois com certeza...porque parado ninguém resolve nada...”

**Técnica** – “E porquê?”

**Idoso H** – “Para desenvolver o corpo...porque desenvolve-se o corpo todo, não é...”

**Técnica** – “É importante para si ir-se movimentando e ir até lá fora, conversar e até mesmo olhar o tempo, é isso?”

**Idoso H** – “Exatamente...eu até quando era novo...cavei muito, muito...era dias inteiros a cavar...quando se começava a cavar, doía até as costas, o corpo...íamos aquecendo e com o movimento já andava bem, pronto...”

**Técnica** – “Evitava-se muita coisa não?”

**Idoso H** – “Sim evitava-se...”

**Técnica** – “O quê, por exemplo?”

**Idoso H** – “Até mesmo hoje dizem que a carne de porco que faz mal, faz mal...a gente antes era só o que comia...e nunca encontrei nada que me fizesse mal...quer dizer, a gente antes movimentava-se mais, o que era outra coisa do que é agora, não é...”

**Técnica** – “E o Sr. (Idoso F)...escolhe a qual?”

**Idoso F** – “Escolho esta...”

**Técnica** – “Escolhe esta em que o idoso está mais triste...e porquê? Ser idoso é estar triste?”

**Idoso F** – “É, é...e ter idade”

**Técnica** – “E ter idade?”

**Idoso F** – “Sim é ter idade...”

**Técnica** – “Em algumas situações o Sr. (Idoso F) sente-se triste?”

**Idoso F** – “Um bocadinho... vejo-me assim, não posso fazer nada praticamente... gostava de me movimentar mais... mas não posso”

**Técnica** – “E com o agora, não se sente contente?”

**Idoso F** – “Não, quer dizer... se tivesse mais movimento, sentia-me melhor...”

**Idoso H** – “O meu problema é as pernas... agora o resto... senão, pegava aí numa enxada, estava aí um bocado a cavar se arranjasse aí um bocado terra para cavar... semeava umas batatas, semeava tudo... até se tivessem aí uma horta para depois fazerem aqui o comer, não me importava disso... sentia-me muito melhor a trabalhar, do que me sinto agora assim... o meu momento pior da vida é o que tenho agora... eu nos domingos fico lá em casa... eu nunca estou parado”

**Técnica** – “O que é que faz?”

**Idoso H** – “Há lá horta... agora deste tempo tenho lá um bocado de ervilhas semeadas, umas favas... é só agora o que há não é... depois tenho lá sempre outras coisas: feijão, tomate, batatas... tudo... gosto muito de fazer aquilo que gosto... se tivesse aí um bocado de horta, eu era capaz de semear tudo...”

**Técnica** – “Fazer-se o que se gosta!”

**Idoso H** – “É o que gosto...”

**Técnica** – “E o Sr. (idoso G)?”

**Idoso G** – “Sinto-me mais como este senhor (imagem 3)...”

**Técnica** – “E porquê?”

**Idoso G** – “Fui abandonado há um ano e dois meses... infelizmente tive o acidente e parti o braço... não sei o que passou com eles, abandonaram-me... agora quando tive o acidente, vieram então ter comigo... vieram meter a minha mãe num lar sem o meu conhecimento... e eu perguntei-lhes ‘então o que é que se passa?’... e eles responderam ‘a mãe está num lar, você não tem nada a ver com isso’... custa-me”

**Técnica** – “Sente-se triste devido às situações da sua vida...”

**Idoso G** – “Infelizmente parti o braço e agora é que vêm dar-me um bocadinho de apoio... com remorsos... com remorsos...”

**Técnica** – “E como se sente aqui no Centro?”

**Idoso G** – “Sinto-me feliz”

**Idoso H** – “Eu não me sinto triste, sinto-me conformado com a minha situação...”

**Técnica** – “Pois temo-nos que se conformar, não é verdade?”

**Idoso H** – “Pois claro...”

**Técnica** – “E até mesmo os mais novos...”

**Idoso F** – “Temo-nos que se conformar... eu antes trabalhava muito... trabalhava na construção civil... a minha vida foi sempre a construção civil...”

**Técnica** – “Gostava dessa profissão...”

**Idoso F** – “Gostava e hoje também gostava se pudesse...”

**Técnica** – “E porquê?”

**Idoso F** – “Porque distraia-me mais...tinha sempre muita gente a meu cargo, era encarregado daquilo...e estava sempre muito tempo fora...sempre, sempre...”

**Técnica** – “Como eram as suas relações sociais na altura?”

**Idoso F** – “Havia mais liberdade...havia muitos empregados onde eu estava...a firma onde eu estava tinha trabalhos em todo o lado...e então, andava sempre fora...cá em Portalegre pouco trabalhei...era sempre fora...trabalhei na Covilhã...trabalhei em Elvas, Monforte, em Nisa...a minha firma é que fez aqui esta casa do povo...”

**Técnica** – “Ainda andou por muitas cidades e vilas...”

**Idoso F** – “Sim e gostei muito! Havia muitos que não gostava de estar com o pessoal de fora, mas eu gostava...”

**Idoso H** – “O que vale é uns gostarem de uma coisa e outros gostarem de outra...mal de nós se todos gostassem do mesmo...”

**Idoso F** – “Exatamente...eu fui sempre assim”

**Idoso H** – “A minha vida foi sempre a agricultura...gostei mesmo disto...gostei e gosto! Só não faço mais por causa das pernas porque se não fossem as pernas...as pernas é que não prestam...até hoje ainda ninguém me pagou um dia de férias...”

**Técnica** – “Por vezes, nos dias de hoje isso ainda acontece...”

**Idoso H** – “Pois a mim nunca ninguém me pagou um dia de férias...nem um dia de baixa”

**Técnica** – “Sempre se dedicou à agricultura por conta própria ou...?”

**Idoso H** – “A maioria do tempo foi por minha conta...até a uma certa altura...”

**Técnica** – “Então trabalhou para outra pessoa é isso? Durante quanto tempo?”

**Idoso H** – “Sim, a partir dos 60 anos...foi aí uns dois anos...”

**Técnica** – “Sim...então e o Sr. (Idoso I), já esteve a ver essas imagens?”

**Idoso I** – “Sim, mas não acredito muito nisto (domínio psicológico)...o psicológico para mim não me diz nada...”

**Técnica** – “Destas duas não escolhe nenhuma é isso?”

**Idoso I** – “Não, nenhuma...”

**Técnica** – “Nenhum dos senhores escolhe mais alguma?”

**Idoso H** – “Este sou eu...(figura 2)”

**Técnica** – “Identifica-se com esse idoso Sr. (Idoso H)?”



**Idoso H** – “Sim, com a bengala e tudo...quer se dizer...não estou muito queixoso no que diz respeito a doenças...lá vou tomando uns comprimidos...sei que hoje toda a gente toma comprimidos...”

**Técnica** – “Eu também já tomo...um por dia...”

**Idoso H** – “Ah também já toma?”

**Técnica** – “Sim já...”

**Idoso H** – “Então assim se chegar a ter 84 anos...”

**Técnica** – “É uma coleção! Espero bem chegar a essa idade!”

**Idoso F** – “Eu tomo 16 comprimidos por dia...todos os dias”

**Técnica** – “Tem que ser não é?”

**Idoso F** – “Sim tem de ser...se quiser ir indo mais ou menos...tem que ser assim”

**Técnica** – “Tem que se ir mantendo o ritmo”

**Idoso F** – “Tem que ser!”

**Idoso H** – “Isso dos diabetes é que é um problema...”

**Técnica** – “Algum dos senhores tem diabetes?”

**Idoso F** – “Eu! E se tenho...tenho de levar 3 injeções por dia, se quero trazê-los mais ou menos controlados...se não chegam a 500, a 600...já levo estas injeções há 3 anos, 3 por dia...uma de manhã, outra antes de almoço e outra antes do jantar...para andarem controlados”

**Idoso H** – “E depois temos a desgraça que cá em Portalegre não há médico dos diabetes...”

**Idoso F** – “Pois não há...”

**Técnica** – “Tem de ser os de medicina geral...”

**Idoso H** – “Mas antes havia aí um, só que reformou-se...”

**Idoso F** – “Pois mas já não há...é assim”

**Técnica** – “Estou a reparar que o Sr. (Idoso G) está a olhar para essa folha...escolhe alguma daí?”

**Idoso G** – “Esta (figura 6)”

**Técnica** – “E porquê Sr. (idoso G)?”

**Idoso G** – “Porque é o que nos fazia falta num lar, num centro de dia...ter um convívio, jogar às cartas...para não estarmos sempre a pensar na vida e assim a gente distraía-se e tínhamos mais convivência uns com os outros...”

**Idoso I** – “Eu quando fico em casa vou jogar para o Centro, jogar cartas ou dominó...e alivia...”

**Idoso G** – “Quando estava em casa, todos os dias jogava às cartas...com malta da minha idade ou até pessoal mais velho”

**Técnica** – “E porquê?”

**Idoso G** – “Uma pessoa distraia-se e não estava a pensar na vida...é uma distração e é muito importante, para a nossa idade é muito importante...porque estar sempre a pensar no mesmo é mau”

**Técnica** – “Não vão até ali beber o cafezinho?”

**Idoso F** – “Eu vou! Vou todos os dias com a minha mulher”

**Técnica** – “É importante ir para si?”

**Idoso F** – “Faz-me falta...”

**Técnica** – “Porquê?”

**Idoso F** – “É uma distração...sinto-me melhor...o dia em que não bebo café, sinto-me mais...”

**Técnica** – “Sente que está a faltar qualquer coisa?”

**Idoso F** – “É isso mesmo!”

**Idoso H** – “Isso é um hábito o café...”

**Idoso F** – “Pois é...é uma droga, mas então...”

**Técnica** – “Mas não é assim um vício muito mau, há vícios piores...o que é que acham?”

**Idoso F** – “Há vícios muito piores...”

**Idoso H** – “Se formos a ver ninguém vai a nenhum médico porque precisa de beber café...”

**Técnica** – “O café faz mal...depende é da quantidade que se bebe...”

**Idoso F** – “Claro que sim! Se bebermos um café por dia e fraco, não faz mal...porque eu bebo sempre um café fraco, não faz mal...”

**Técnica** – “Dizem que a pessoa que bebe café é uma pessoa inteligente...concordam?”

**Idoso F** – “É o que dizem...”

**Idoso G** – “Geralmente, bebo sempre uma bica de manhã antes de vir para aqui...faz-me falta”

**Idoso H** – “Isto é como o tabaco...o tabaco faz mal e os médicos dizem para não fumar, mas eles também fumam!”

**Idoso F** – “Pois é!”

**Técnica** – “Essa é que é essa! Mas pronto...eles têm de nos aconselhar o bem, não é verdade?”

**Idoso G** – “Uma vez fui a uma consulta a uma médica e ela disse-me que deveria de deixar de fumar porque me fazia mal...e ela estava a fumar! Quer dizer...a fazer uma consulta a um doente e a própria médica estava a fumar!”

**Idoso H** – “A droga...toda a gente sabe o que é a droga...”

**Idoso F** – “Pois...”

**Idoso I** – “Eu não! Eu não sei o que é a droga!”

**Idoso H** – “Eu também não! Mas toma-se tanta!”

**Idoso G** – “Eu também não sei o que é isso...”

**Idoso H** – “Tanta gente aí desgraçada com isso...e quem mexe na droga não são os pequenos...esse barcos que vêm carregados de droga, não são os pequenos que investem nisso...são os grandes. E há muitos que se drogam sem saber...às vezes nas discotecas ‘ah toma lá um cigarro’ e ela está lá!”

**Técnica** – “Acha esse um dos grandes problemas da sociedade?”

**Idoso H** – “Então não é! E por vezes atrás disso vem mortes, uns matam-se por causa disso...lá fora vê-se muito isso...”

**Técnica** – “O Sr. (idoso F) está vendo as imagens dessa folha...escolha alguma que aí está?”

**Idoso F** – “Escolho esta porque é um modo de divertimentos, de distração (figura 6)...por isso é que escolho esta”

**Técnica** – “Costumam jogar aqui às cartas?”

**Idoso I** – “Não”

**Idoso F** – “Nunca...”

**Técnica** – “Mas nunca jogou às cartas durante parte da sua vida?”

**Idoso F** – “Joguei às vezes...mas não era habitual...aqui já joguei algumas vezes”

**Técnica** – “Não há assim outro jogo que gostaria de jogar aqui, por exemplo?”

**Idoso F** – “O dominó...”

**Técnica** – “O Sr. (idoso H) e o Sr. (idoso I) não escolhem mais nenhuma fotografia?”

**Idoso I** – “Aqui no domínio físico devíamos de fazer o pouquinho...devíamos de fazer mais exercício...”

**Técnica** – “Porque é que acha importante o domínio físico?”

**Idoso I** – “Para não ficarmos enferrujados...uma vez por semana ou duas ajuda muito”

**Técnica** – “Mas ajuda em alguma situação em especial do dia a dia?”

**Idoso I** – “Nós não temos situações especiais...é só mesmo para conseguirmos andar...”

**Técnica** – “E o Sr. (idoso H) escolhe mais alguma?”

**Idoso H** – “O exercício físico faz falta para tudo...para desenvolver o corpo, não é só isto ou aquilo...é o corpo todo”

**Técnica** – “Querem acrescentar mais alguma coisa?”

**Idoso H** – “Por exemplo...os jogadores correm que é para depois conseguirem jogar...mas todos dias correm...senão não conseguiriam jogar...”

**Idoso G** – “Eu antigamente fazia caminhadas...já atravessei a ponte do Tejo a pé umas cinco ou seis vezes...a do Vasco da Gama três...parei...agora se for um dia andar, vejo-me aflito...não consigo andar...um dia destes fui à Praça da República para cortar o cabelo, tive de chamar um táxi porque já não era capaz de andar mais...”

**Técnica** – “Era uma rotina para si...”

**Idoso G** – “E agora sinto a falta...”

**Técnica** – “Mas desistiu por alguma razão?”

**Idoso G** – “A malta deixou de ir...e depois eu parei...”

**Idoso H** – “Quando andava a trabalhar para outros...eu e uns, íamos a pé até ao trabalho...quando nascia o sol já tínhamos uma hora de caminho feita...”

**Idoso F** – “Eu também andei muito a pé...no meu trabalho”

**Técnica** – “Digo-vos uma coisa...talvez seja por causa de terem andado tanto e ao mesmo tempo de terem feito tantos exercícios que conseguem nos dias de hoje fazer as vossas coisas...”

**Idoso H** – “Nós estamos assim como estamos...mas conheço muita gente que nunca fez nada e estão na mesma ou melhores!”

**Idoso F** – “Ou piores...”

**Idoso H** – “Pois ou piores...”

**Técnica** – “Querem acrescentar mais alguma coisa?”

**Idoso F** – “Já não escolho mais...”

**Técnica** – “E os outros senhores? O Sr. (idoso I)...o que me tem a dizer da sua profissão?”

**Idoso I** – “A minha profissão foi boa em todos os aspetos...”

**Técnica** – “Quais?”

**Idoso I** – “Trabalhava-se, gastava-se...era uma vida de...”

**Técnica** – “Trabalhou em quê?”

**Idoso I** – “Era pintor...de papel, alcatifas...era tudo...comecei aos 11 anos...só tive essa profissão...mas ainda vendi peixe”

**Técnica** – “Fazia-se o que se podia...”

**Idoso F** – “Exato!”

**Técnica** – “Muito obrigada pela vossa participação!”

**Idoso G** – “Obrigado nós!”

## TRANSCRIÇÃO DA GRAVAÇÃO DA 3ª SESSÃO

**Técnica** – “Têm aqui umas folhas...cada uma tem imagens de idosos e quero que escolham a imagem com que mais se identificam...se tivessem que explicar a uma pessoa mais nova que vocês o que é ser idoso, a qual imagem é que escolhiam?”

**Idosa J** – “Aqui o exercício físico (figura 1)...que faz muita falta”

**Técnica** – “E em que situações é que a D. (idosa J) acha que o exercício faz mais falta?”

**Idosa J** – “Para mim acho que logo de manhã...”

**Técnica** – “Para despertar ou...?”

**Idosa J** – “Para o corpo ter exercício, para nós podermos se movimentar...”

**Técnica** – “Acha importante...?”

**Idosa J** – “Acho importante logo de manhã...”

**Técnica** – “Seja uma pessoa idosa ou não?”

**Idosa J** – “Seja idosa ou seja nova...faz sempre falta”

**Técnica** – “Então a D. (idosa J) escolhe a primeira fotografia...veja lá as seguintes para ver se escolhe mais alguma ou não...”

**Idosa J** – “Escolho também esta porque é uma maneira de se ajudar um ao outro, levando o carrinho com as compras...porque por vezes quando chegamos a uma certa idade não podemos carregar pesos...e aqui está o carrinho para ajudar...”

**Técnica** – “A D. (idosa J) não consegue fazer esse tipo de esforços?”

**Idosa J** – “Nada, nada...”

**Técnica** – “Mas já conseguiu?”

**Idosa J** – “Já consegui, graças a Deus!”

**Técnica** – “Ainda bem...”

**Idosa J** – “Aqui é o que já disse...e aqui é isto...o carrinho ajuda muito...estão a cuidar da vida, a fazer as suas compras...e isso é muito bom...é o que falta a mim! Não ando...o que dá-me muito desgosto...”

**Técnica** – “Conte-me um pouco de como é o seu dia a dia em questões físicas...”

**Idosa J** – “O meu dia a dia agora é...tirar um braço para fora quando me levanto...depois tiro o outro e depois faço ali uma força e lá me levanto para ir à casa de banho cuidar da minha higiene...”

**Técnica** – “Tem algumas dificuldades em efetuar a higiene...”

**Idosa J** – “Sim...tanto que me levanto mais cedo que é para depois não estarem à minha espera porque faz-me confusão...eu não me importo de esperar, mas não gosto que

esperem por mim...e tenho um grande desgosto nem puder ir com o carrinho...eu gostava muito de fazer as minhas compras...quando casei, foi o mais difícil que se tornou...porque não estava habituada a fazer compras...era a minha mãe...mas aprendi muita coisa...mas quando casei, não sabia ir à praça...sentia-me perdida, sentia-me desenhada do mundo em que eu vivia...depois habituei-me...e hoje o mais desgosto que me dá é não poder fazer as minhas compras...dá-me muito desgosto”

**Técnica** – “Gostava ainda de ter a sua independência, digamos assim...”

**Idosa J** – “Eu às vezes nem sei se sou independente ou dependente...eu sou dependente, mas no que depende de mim, sinto-me independente...porque sinto desgosto”

**Técnica** – “Em relação a esta situação?”

**Idosa J** – “Pois, pois...eu sinto-me independente, mas sou dependente...sinto-me independente no meu pensamento, na área onde vivo...ainda vou fazendo algumas coisas, agarrada a isto, agarrada áquilo...mas vou fazendo...sujeita à consequência que todos sabem...a dar trambolhões...”

**Técnica** – “Temos de arriscar!”

**Idosa J** – “Ah eu arrisco! Sou um bocado guerreira...ainda no outro dia agarrei-me a uma cadeira para me sentar...a desgraçada escorregou e fui com o traseiro ao chão...mas felizmente, o robe fez de almofada e não me magoei”

**Técnica** – “Ainda bem, ainda bem...”

**Idosa J** – “É o que eu penso...para mim estas duas são importantes (figura 1 e 2)”

**Técnica** – “E a D. (idosa K) já escolheu as suas?”

**Idosa K** – “Já sim senhora...estas duas (figuras 1 e 2)”

**Técnica** – “E porquê? Quais as suas razões?”

**Idosa K** – “Porque são velhotes...iguais a nós”

**Técnica** – “Acha que são iguais a vocês...e porquê?”

**Idosa K** – “Acho que sim...porque não sou capaz de me movimentar sozinha...desde que me deu a trombose, nunca mais consegui movimentar-me como outra pessoa qualquer...”

**Técnica** – “Ainda consegue fazer alguns movimentos, como por exemplo, quando é realizada aqui a ginástica?”

**Idosa K** – “Muito mal...e para ir à casa de banho não sou capaz...têm de ir as meninas comigo...”

**Técnica** – “Dê uma espreitadela nas outras imagens...e o Sr. (idoso L)...já escolheu?”

**Idoso L** – “Acho que não escolho nenhuma...”

**Técnica** – “Nenhuma? Nem uma das que estão aqui?”

**Idoso L** – “Sim pode ser uma...”

**Técnica** – “A qual é que escolhe?”

**Idoso L** – “Esta (figura 1)”

**Técnica** – “Porquê?”

**Idoso L** – “Porque são velhotes e estão a viver a vida...”

**Técnica** – “São idosos que estão a movimentar-se, a fazer ginástica...”

**Idoso L** – “Gostava de me movimentar até ao fim...”

**Técnica** – “Em quais situações é que tem mais dificuldade em movimentar-se?”

**Idoso L** – “Em andar não é...”

**Técnica** – “Mas sempre ou só algumas vezes?”

**Idoso L** – “Nem sempre...”

**Técnica** – “Ainda consegue andar pelo seu próprio pé? Digamos assim...”

**Idoso L** – “Sim ainda consigo...há piores que eu...”

**Técnica** – “Dê uma olhadela nas outras...está à vontade...pode ver as outras...”

**Idosa J** – “Aqui faz muita falta, às vezes, parar e pensarmos (figura 3)...como é que eu hei-de dizer...faz falta pararmos e reviver o passado...faz falta a toda a gente...sentimo-nos felizes a reviver o passado...”

**Técnica** – “Mas reviver que momentos, por exemplo?”

**Idosa J** – “Momentos em que...aqui acontece-me muita vez isso ou mesmo quando estou deitada...de olhos fechados, julgam que estou a dormir e penso...há certos momentos em que vivo o passado e sinto-me feliz!”

**Técnica** – “Quais momentos?”

**Idosa J** – “Eu tenho momentos que eu própria não consigo decifrá-los...ou é agora ou é daqui a bocado...”

**Técnica** – “À medida que se vai lembrando...”

**Idosa J** – “Sim, à medida de que me vou lembrando...revivo o passado”

**Técnica** – “E não se lembra assim de nenhum momento agora?”

**Idosa J** – “Assim de momento não me lembro...tenho os momentos dos meus filhos quando eram pequeninos...quando eram meus...”

**Técnica** – “Eram momentos muito felizes?”

**Idosa J** – “Sim, muito felizes! Antes do meu marido partir...e mesmo quando ele estava e que tinha de me esforçar um bocado...sinto falta disso! Sinto falta dele mesmo doente...era uma rotina que eu tinha, uma preocupação...quando me levantava era ele primeiro a ser tratado...quando ele faleceu, houve um dia depois, quando acordei às 8h da manhã, acordei sobressaltada porque estava naquela que ainda não tinha tratado



dele...não, não chorei...vivi...e hoje revivo esse passado, mas...sem dor...trabalhava muito, fazia muita coisa...é a vida...é a sinceridade...”

**Técnica** – “Sinceridade que é muito importante nos dias de hoje, não é verdade...então e a D. (idosa K) já viu as restantes fotografias?”

**Idosa J** – “Aqui também digo que não vale a pena vivermos acabrunhados...eu tenho esses momentos assim, mas também tenho momentos a sorrir (figura 4)...”

**Técnica** – “Mas tem muitos momentos assim em conversa ou...?”

**Idosa J** – “Em conversas...não sou uma pessoa que fale muito...não vale a pena falar muito...”

**Técnica** – “Mas falar faz bem!”

**Idosa J** – “Falar faz bem, mas temos que saber com quem falamos...”

**Técnica** – “Exatamente...”

**Idosa J** – “Temos de conhecer as pessoas...”

**Técnica** – “E a D. (idosa K)?”

**Idosa K** – “Escolho estes (figura 6)”

**Técnica** – “Escolhe estes idosos que estão aqui a conviver?”

**Idosa K** – “Sim...a minha filha...”

**Técnica** – “A D. (idosa K) identifica-se com esta imagem?”

**Idosa K** – “Sim...”

**Técnica** – “Mas está a falar na sua filha em que sentido?”

**Idosa K** – “Porque estou na casa dela...”

**Técnica** – “E têm momentos assim...jogam à ‘cartada’?”

**Idosa K** – “Não...mas ela é muito boa para mim!”

**Técnica** – “Ainda bem...há poucos filhos assim...”

**Idosa K** – “Ah pois há!”

**Idosa J** – “Tem saudades do tempo em que era independente e que cuidava da sua vida...”

**Idosa K** – “Pois tenho...consigo andar mas muito mal...mas ainda consigo...”

**Técnica** – “Os momentos que passa aqui no Centro são importantes para si?”

**Idosa K** – “Sinto-me muito bem aqui...”

**Idosa J** – “Acho que sentimo-nos todos bem...”

**Técnica** – “Então e o Sr. (idoso L)...escolhe mais alguma?”

**Idoso L** – “Há piores e melhores que eu...o que me espera nestas alturas? Cada vez pior...”

**Técnica** – “Mas nós podemos ir evitando determinadas coisas...”

**Idoso L** – “Ora...”

**Técnica** – “Como é que o Sr. (idoso L) se sente?”

**Idoso L** – “Eu sinto-me mais ou menos como este que está aqui (figura 3)...”

**Técnica** – “Sente-se triste porquê?”

**Idoso L** – “Estou sozinho...”

**Técnica** – “Mas aqui não está sozinho...tem aqui estes camaradas todos...”

**Idoso L** – “É diferente...”

**Idosa J** – “É muito diferente...”

**Idoso L** – “Tem de se ir passando à medida da velhice”

**Técnica** – “Já viram todas as imagens?”

**Idosa J** – “Esta aqui é que eu não sei...”

**Técnica** – “Aqui é um idoso que vive numa casa desarrumada, num mau ambiente...e aqui é uma idosa que vive numa casa assim mais arrumadinha, com melhores condições...”

**Idosa J** – “Se for à minha casa, ela está muito diferente...”

**Técnica** – “Com melhores condições?”

**Idosa J** – “Não...pior. Se for ao quarto dos meus filhos, não parece o quarto dos meus filhos...e se for ao meu quarto também não parece o meu quarto...porque tenho de ter tudo a jeito em cima das cadeiras roupa...porque quando me levanto de manhã, não consigo ir ao roupeiro buscar a roupa...tenho que deixar alguma em cima de uma cadeira para me vestir e para me calçar...”

**Técnica** – “A sua casa está adaptada à sua vida de forma a ajudá-la é isso?”

**Idosa J** – “Nem a minha cozinha parece a mesma...está tudo ali a jeito...tenho de ter tudo ali em monte...o que me faz falta, tenho de estender a mão...sentar-me muitas vezes numa cadeira”

**Técnica** – “E está de acordo com o seu bem-estar?”

**Idosa J** – “Ora tem de ser assim! Custou-me muito porque eu tinha sempre tudo arrumadinho...qualquer pessoa que lá vá está sempre a dizer-me para não me importar de estar tudo desarrumado e para pôr tudo a jeito...arrumada já foi...”

**Técnica** – “E a D. (idosa K)?”

**Idosa K** – “Também...o meu filho e a minha neta estão lá na minha casa e eu estou na casa da minha filha...a minha neta ainda não casou...”

**Técnica** – “E o Sr. (idoso L)...não consegue dizer-me mais nada?”

**Idoso L** – “Não...”

**Idosa J** – “O Sr. (idoso L) dorme muito...isso também faz mal”

**Técnica** – “O Sr. (idoso L), mesmo que estejamos ali todos na sala a conversar, nunca acorda...está sempre a dormir a sua sesta...”

**Idoso L** – “Gosto de dormir...”

**Técnica** – “Qual é que foi a sua profissão Sr. (idoso L)?”

**Idoso L** – “Trabalhava no campo...”

**Técnica** – “E dormia a sesta debaixo da azinheira?”

**Idoso L** – “Pois dormia! E às vezes a sesta era grande demais...era para estar a dormir só uma hora a sesta e estava duas...e depois ia trabalhar, não era só dormir...trabalhei muito”

**Idosa K** – “Antes era assim...tinha de ser!”

**Idoso L** – “Semeei muito...com 10 anos já andava ao trabalho...saía da escola e ia trabalhar...”

**Técnica** – “Têm mais alguma coisa a acrescentar?”

**Todos** – “Não, não...”

**Idosa J** – “Temos que ir indo...e ainda outra que não cheguei a dizer...temos a responsabilidade de estarmos prontos àquela hora, o que é ótimo...e é muito bom chegarmos à noite à nossa casinha...”

**Técnica** – “Ainda bem que pensa assim...é um incentivo para si...”

**Idosa J** – “É sim...”

**Técnica** – “Pronto...muito obrigada minhas senhoras e meu senhor!”